

MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019

**Observatorio Regional de
Seguridad del Paciente**

**DIRECCIÓN GENERAL DE HUMANIZACIÓN Y
ATENCIÓN AL PACIENTE
CONSEJERÍA DE SANIDAD**



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

© Comunidad de Madrid
Edita: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente
Consejería de Sanidad.
Soporte: Archivo electrónico
Año de edición: 2020
Publicado en España – *Published in Spain*



MEMORIA DE ACTUACIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2019

Observatorio Regional de Seguridad del Paciente





Memoria de Seguridad del Paciente 2019
Observatorio Regional de Seguridad del Paciente

INTRODUCCIÓN	6
COMPARATIVA GLOBAL LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIFRAS 2018-2019	7
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN	8
I.1. Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. actuaciones 2019	8
I.2. Objetivos institucionales de Seguridad del Paciente.....	11
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.....	17
I.4. Otras actuaciones	23
II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.	24
II.1. Prácticas seguras a nivel institucional.....	25
II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs.....	25
II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria	26
II. 1.3. Higiene de Manos	28
II.1.4. Seguridad del paciente quirúrgico.....	29
II.1.5. Uso seguro del medicamento	30
II.1.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria	35
II.2. Actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente	36
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO	38
III.1. Actuaciones de formación centralizada en Seguridad del Paciente	38
III.2. Sistemas de notificación y aprendizaje.....	39
III.2.1. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid.....	40
III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento	41
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento	42
ANEXOS	45
I. Descripción Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2019	47
II. Factores relacionados con incidentes analizados por Unidad Funcional	51
III. Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2019.....	57
IV. Prácticas Seguras Generalizables en Atención Hospitalaria en 2019	73
V. Implantación de CISEMadrid por Unidad Funcional en 2019.....	77

INTRODUCCIÓN

El **Observatorio Regional de Seguridad del Paciente**¹ es desde 2004 el órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid sobre seguridad del paciente.

El despliegue de la seguridad del paciente tanto en las en sus unidades directivas como en los centros sanitarios es coordinado por la **Dirección General de Humanización y Atención al Paciente** de la Consejería de Sanidad, a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial y cooperación Sanitaria, que dirige el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y establece los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH) y SUMMA112.

Mientras que el Observatorio es una estructura central, a nivel periférico son las 42 **Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios** y los responsables de seguridad de los servicios hospitalarios y los centros de salud de atención primaria los que desarrollan y evalúan periódicamente las actuaciones de mejora de la seguridad del paciente

La presente memoria se elabora anualmente para recoger de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente. Así, la **Memoria de Actuaciones 2019** de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades de seguridad del paciente relativos a **centros asistenciales** del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, direcciones asistenciales de atención primaria y SUMMA112) y **Unidades Directivas** de la Consejería de Sanidad.

Las principales fuentes de información para la elaboración de esta memoria han sido la evaluación de 2019 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20)², la Memoria anual de actividades de las Unidades Funcionales y la evaluación de los objetivos institucionales de seguridad del paciente.

Se estructura en 3 apartados: “Despliegue de la Seguridad en la organización”, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” y “Aprendizaje y conocimiento”.

El apartado “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización” comprende el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20, los objetivos institucionales de seguridad del paciente y la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

En “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente”, se resume el despliegue de proyectos institucionales (“Prácticas seguras a nivel institucional”) y de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos a nivel local (“Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local”).

En el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, la información sobre las comunicaciones de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid y también actuaciones sobre comunicación y difusión del conocimiento científico.

El resumen de los principales datos de la memoria se presenta en la siguiente tabla:

¹ Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, por el que se crea el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid

² Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1162209989406

COMPARATIVA GLOBAL LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CIFRAS 2018-2019

	2018	2019
Estrategia de seguridad del paciente:		
Nº actuaciones en Seguridad del Paciente (ESP15-20) en desarrollo o finalizadas	115	191
Organización de las Unidades Funcionales:		
Miembros de las Unidades Funcionales: Nº total (y promedio UF)	744 (18)	845 (20)
Objetivos establecidos (nº)	475	504
Promedio reuniones/año	9	10
Responsables de seguridad Nº Total (y promedio UF)	2.101 (50)	2.229 (53)
Actividad en seguridad del paciente:		
Incidentes identificados (nº)	23.500	25.319
Incidentes analizados (nº)	19.599	20.425
% de incidentes analizados/ identificados	83%	81%
Nº total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente	11.720	10.871
Recomendaciones de seguridad generalizables	66	102
Prácticas seguras	109	106
Alumnos que han recibido formación centralizada en seguridad del paciente	929	804
Objetivos institucionales:		
Nº promedio de objetivos de seguridad del paciente en cada centro hospitalario	12	12
Nº de rondas de seguridad	345 (214 hospitales + 79 primaria + 52 SUMMA)	527 (264 hospitales + 127 primaria + 136 SUMMA)
Implantación de CISEMadrid en hospitales (nº de centros implantado)	29	33
CISEMadrid: % incidentes con informe validado*	-	66%
Bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (casos/1000 días)	1,71	-
Tasa de bacterias multirresistentes (% de pacientes)	2,20	1,85
Participación en el proyecto ITU Zero (nº centros)	25	24
% de gerencias/centros con actuaciones para mejorar la higiene de manos (autoevaluación OMS)	100%	100%
% de implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ)	96,7%	96,13%
% de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) por servicios/unidades	90,5%	98,24%

* (informe validado implica haber gestionado el incidente (clasificación, análisis, medidas correctoras y remisión de informe al profesional)

I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

I.1. Estrategia de seguridad del paciente 2015-2020. actuaciones 2019

La **Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020** del Servicio Madrileño de Salud establece un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a desarrollar en el periodo 2015-2020 y tiene como misión “Proporcionar unos servicios sanitarios exentos de daños innecesarios o prevenibles para nuestros pacientes, a través de la implantación y desarrollo de la gestión de riesgos sanitarios”.

Perspectivas	Líneas Estratégicas
Organización	LE1. Consolidar la cultura LE2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización LE3. Continuidad asistencial
Agentes/Grupos de interés	LE4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras LE5. Difundir el conocimiento científico LE6. Comunicación y transparencia
Procesos internos	LE7. Impulsar y desplegar prácticas seguras 7.1. Cirugía y anestesia 7.2. Urgencias y emergencias 7.3. Pacientes críticos 7.4. Obstetricia y ginecología 7.5. Pediatría 7.6. Salud mental 7.7. Atención al dolor 7.8. Radiaciones ionizantes 7.9. Cuidados y técnicas de enfermería 7.10. Entornos de especial riesgo en atención primaria 7.11. Uso seguro del medicamento 7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria LE8. Evitar intervenciones innecesarias
Aprendizaje y futuro	LE9. Fomentar la investigación LE10. Facilitar la innovación tecnológica LE11. Potenciar la formación LE12. Desarrollar los sistemas de información

Para desarrollar de forma operativa esta Estrategia, se establecieron **12 Líneas Estratégicas**, que se agrupan en cuatro perspectivas globales, tal y como se detalla en la siguiente imagen:

Las líneas estratégicas se desagregan a su vez en 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones que incluyen a su vez 883 actividades que corresponden a las tareas concretas a desarrollar a nivel operativo para completar las actuaciones.

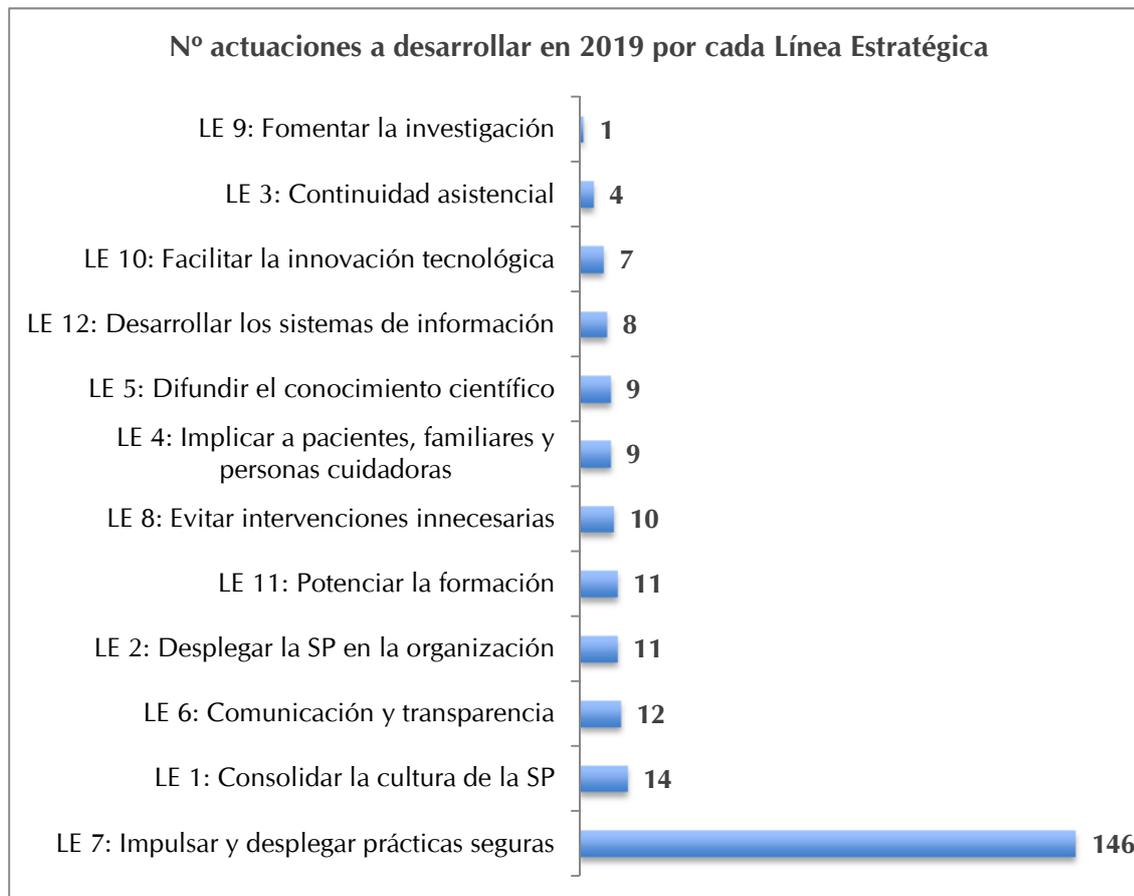
Para facilitar, realizar y apoyar la implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, existe un **Comité Operativo de Seguridad del Paciente** (ya en funcionamiento desde la anterior Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012) que está compuesto por representantes de 13 Unidades

Directivas responsables del desarrollo de las actuaciones.

En este sentido, con todas las actuaciones se define el **Plan de Acción**, de forma que para cada actuación, cada Unidad Directiva determina: el responsable del seguimiento, las actividades que la componen, el cronograma y el indicador para su evaluación. Así, **anualmente** se solicita la evaluación de las actuaciones a cada Unidad Directiva y tras la evaluación anual, se actualiza la planificación prevista para el año siguiente.

En la planificación inicial de 2015 estaban previstas inicialmente para desarrollar en 2019, 184 actuaciones. No obstante, tras cinco años de despliegue se ha modificado la planificación y hubo 242 actuaciones **previstas en 2019** en lugar de 184 actuaciones.

En cuanto a la **distribución de actuaciones a desarrollar en 2019 por línea estratégica** se muestra en la siguiente imagen, ordenadas las líneas de menor a mayor según nº de actuaciones.



Así, hay 2 líneas como son las relativas a investigación y continuidad asistencial con un número inferior a 5 actuaciones a desarrollar durante 2019; y el resto de líneas con un mayor número de actuaciones, destacando por encima del resto la línea relativa al impulso y despliegue de prácticas seguras con 146 actuaciones. Es ésta una línea amplia que abarca en sí mismo 12 apartados diferentes.

En cuanto a las líneas estratégicas en las que se enmarcan todas estas actuaciones, la mayoría de ellas, exceptuando la línea 7, tienen una única Unidad directiva responsable de su despliegue y en otras como es el caso de la línea 7 de prácticas seguras en cuyo despliegue intervienen hasta 9 unidades directivas, ya que es una línea amplia que incluye 11 áreas de trabajo diferenciadas.

Para realizar la evaluación y el seguimiento del cumplimiento de las actuaciones establecidas por las Unidades Directivas, se utilizan las Fichas de Planificación y de Seguimiento. Los criterios de evaluación utilizados son los siguientes:

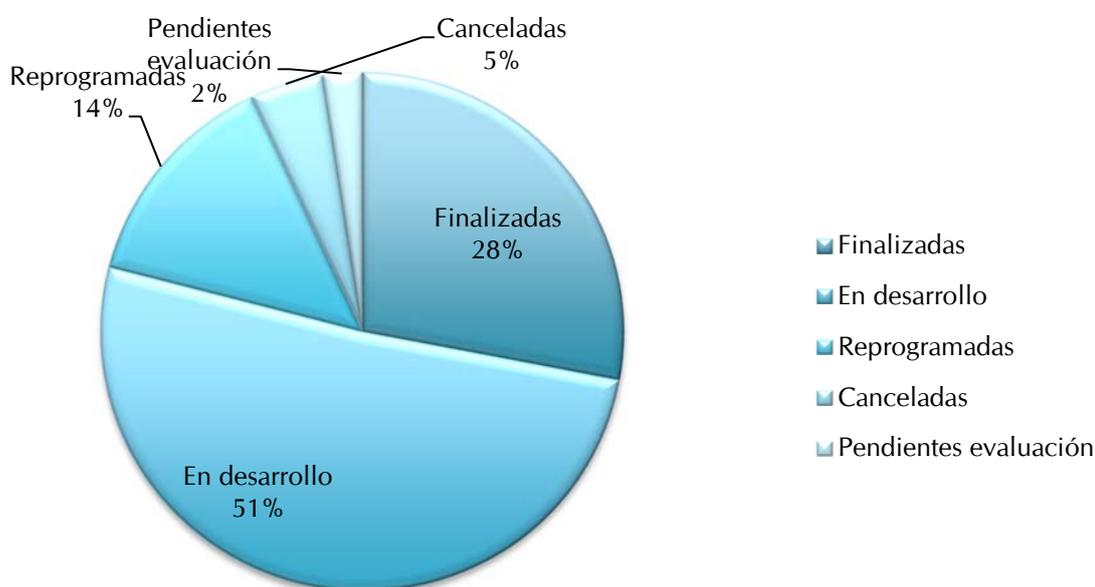
Tabla Criterios de evaluación de las Actuaciones en la ESP15-20

Evaluación	Actuación
Finalizada	Todas sus actividades están finalizadas. Su desarrollo ha finalizado y no se tiene que evaluar más.
En Desarrollo	Se han realizado las actividades que estaban planificadas en ese periodo pero su programación todavía continúa en el tiempo (<i>aunque alguna de sus actividades esté reprogramada, finalizada o cancelada</i>).
Reprogramada	La práctica totalidad de sus actividades están reprogramadas (<i>o alguna está cancelada</i>). No se han iniciado en el periodo programado y se realiza una nueva planificación de esa actividad
Cancelada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación. Se programaron inicialmente pero se decide suprimir de forma motivada

Además de los criterios anteriormente descritos, algunas actuaciones aparecen reflejadas actualmente aún en esta memoria como “pendientes de evaluación” por la Unidad Directiva responsable.

En este sentido, 191 actuaciones (79%) se han **desarrollado en plazo o han finalizado** su planificación, se han **reprogramado** 34 actuaciones (14%) por no iniciadas en el periodo en el que habían sido programadas, 6 actuaciones (2%) están aún **pendientes de evaluación** y 11 (5%) se han **cancelado**.

Evaluación de las actuaciones planificadas en 2019



Con el 96 % de actuaciones evaluadas, la **distribución o grado de ejecución de actuaciones 2019 por línea estratégica** es la que muestra la siguiente tabla que incluye tanto el número como el porcentaje de actuaciones finalizadas o en desarrollo, reprogramadas, canceladas o aún en proceso de evaluación.

Resultado de las actuaciones evaluadas por Línea Estratégica en 2019

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	Finalizadas	En Desarrollo	Reprogramadas	Canceladas	Pendientes Evaluación	% ACTUACIONES FINALIZADAS O EN DESARROLLO	% ACTUACIONES REPROGRAMADAS	% ACTUACIONES CANCELADAS	% ACTUACIONES PENDIENTES EVALUACIÓN
LE 1: Consolidar la cultura de la SP	2	10	2	0	0	86%	14%	0%	0%
LE 2: Desplegar la SP en la organización	2	9	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 3: Continuidad asistencial	1	3	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras	4	4	0	1	0	89%	0%	11%	0%
LE 5: Difundir el conocimiento científico	1	5	3	0	0	67%	3%	0%	0%
LE 6: Comunicación y transparencia	2	9	1	0	0	92%	8%	0%	0%
LE 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras	52	66	14	10	5	80%	10%	7%	3%
LE 8: Evitar intervenciones innecesarias	0	3	7	0	0	30%	70%	0%	0%
LE 9: Fomentar la investigación	0	1	0	0	0	100%	0%	0%	0%
LE 10: Facilitar la innovación tecnológica	0	0	7	0	0	0%	100%	0%	0%
LE 11: Potenciar la formación	2	8	0	0	1	91%	0%	0%	9%
LE 12: Desarrollar los sistemas de información	2	6	0	0	0	100%	0%	0%	0%
	68	123	34	11	6				

Así, entre las **líneas con un mayor grado de ejecución** de las actuaciones previstas para 2019 se encuentran: la línea 2 con actuaciones para **desplegar la seguridad** en la organización, la línea 3 de **continuidad asistencial**, la línea 9 de fomentar la investigación y la **12** relativa a desarrollar sistemas de información, todas ellas con un **100%**.

También ha habido un buen grado de desarrollo en la línea 6 de **comunicación y transparencia** y la línea 4 sobre **implicación a pacientes, familiares y personas cuidadoras** y línea 2 de **cultura**, con un **92%**, **89%** y **86%** respectivamente de actuaciones finalizadas o en desarrollo. Y con un grado de desarrollo superior al 50% se encuentran también las líneas 7 de impulsar y desplegar prácticas seguras (**80%**) y la línea 11 de potenciar la formación (**91%**).

1.2. Objetivos institucionales de Seguridad del Paciente

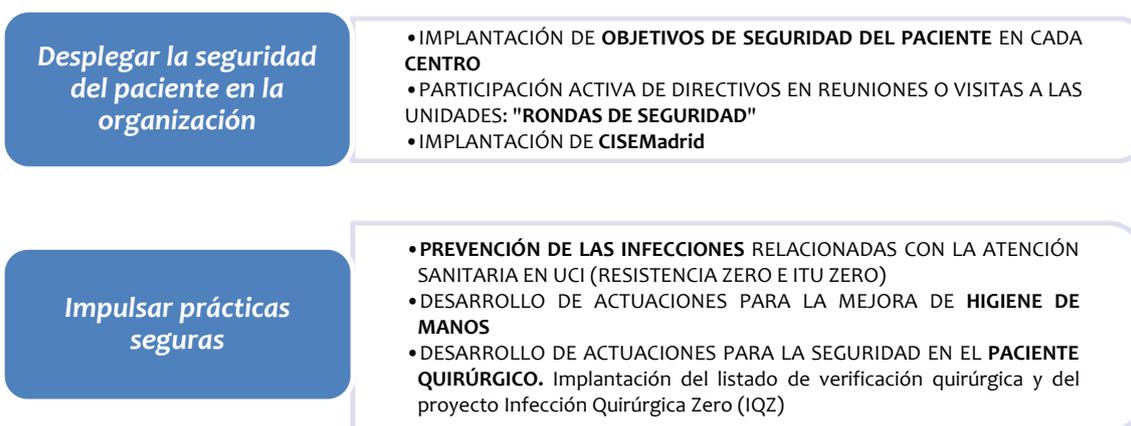
Junto a otros objetivos del área de calidad, la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria establece anualmente objetivos institucionales de seguridad del paciente para los centros sanitarios. Durante el período de vigencia los centros sanitarios despliegan las actuaciones necesarias para su consecución y al final del período, los objetivos son evaluados y en el caso de no haberse alcanzado la meta establecida para el centro, éste desarrolla un plan de mejora para ejecutar y evaluar específicamente al año siguiente.

Todos estos objetivos tienen su traducción en indicadores de medición, que quedan definidos con la fórmula de cálculo, meta, información adicional a tener en cuenta y criterios de cumplimiento; tal y como se detalla en la metodología de evaluación del **Anexo I**.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos institucionales de 2019 de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112.

Objetivos de seguridad en Atención Hospitalaria:

En el año 2019, los objetivos y las actuaciones establecidas en seguridad del paciente fueron las que se muestran en el siguiente esquema:



A continuación se presenta una descripción de los principales resultados obtenidos en cada uno de ellos. Adicionalmente, y aunque los objetivos relativos al dolor no se incluyen entre los objetivos institucionales de seguridad del paciente, se incluye el cumplimiento de este objetivo, dado que la Estrategia de Seguridad del Paciente incluye una línea de atención al dolor.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro. Desde que se crearon las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en nuestra Comunidad, se ha potenciado e impulsado que cada gerencia definiera sus propios objetivos, como un despliegue en cascada de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.

Así, en el año 2019, el indicador de implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro se mantiene, y vuelven a ser 5 los marcados como meta. De estos cinco objetivos, que han de ser diferentes a los ya establecidos a nivel institucional, se consideran prioritarios: desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias, desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes, la participación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en el estudio ESHMAD (Estudio de seguridad del paciente en Hospitales de Madrid) y elaborar mapas de riesgos en los servicios de urgencias

En este sentido, el 100% de los hospitales ha establecido al menos 5 objetivos, con un global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud de **424 objetivos** definidos y una media de 12 por hospital. El objetivo de seguridad relativo a las **prácticas innecesarias** se ha abordado en el 100% de los hospitales al igual que el de promover el **uso seguro de radiaciones ionizantes**.

Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades, “rondas de seguridad”.

En los objetivos institucionales de 2019, este objetivo (que se incluye desde el año 2010) se concretó con la realización de al menos 8 reuniones o rondas de seguridad en los hospitales de alta complejidad (grupo 3), 7 en los grupos 1 y 2 y 5 rondas en los de apoyo, media estancia y de psiquiatría.

Como servicios prioritarios se establecieron UCI, bloque quirúrgico, radiodiagnóstico/radiología intervencionista y urgencias. Las rondas realizadas habían de estar documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.

En este sentido, **94% de los hospitales han realizado** al menos el número de rondas indicadas según grupo. Si tenemos en cuenta aquellos que han realizado rondas en los servicios definidos como prioritarios, la cifra queda en un 97% (todos los centros, excepto uno que no ha realizado en servicio de radiodiagnóstico).

Implantación de CISEMadrid (sistema común de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación). Está implantado desde 2011 en Atención Primaria (CISEMAP) y en 2016 comenzó su implantación en Atención Hospitalaria, incluyéndose desde 2017 entre los objetivos de calidad institucionales.

Para ello se establece que el centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización, con la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis. En CISEMadrid, validar el informe supone que el incidente ha sido valorado y clasificado, se ha analizado, se han puesto medidas correctoras y de todo ello se remite informe resumen al profesional que lo notificó. Por tanto, así “validar informe” es como decir “enviar informe al profesional”

*Meta:	Identificados	Informe validado (60%)
Apoyo, ME, PSQ	60	36
Grupo 1	150	90
Grupo 2	200	120
Grupo 3	250	150

Para cada grupo de hospitales se especifica una meta concreta de acuerdo al número que figura en la tabla.

En este sentido, un **79% de los hospitales** (27) han alcanzado la meta establecida en cuanto a número de informes validados³, cumpliendo el objetivo en un 100%. Del resto de hospitales, 4 de ellos han alcanzado un cumplimiento parcial del objetivo situándose entre un 60-80%; otro tiene un cumplimiento parcial del 30% y en 2 restantes aún no se ha implantado o su utilización es prácticamente inexistente.

Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en UCI: Desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero” con indicadores en objetivos institucionales. A partir del año 2014 se desarrolló el proyecto **Resistencia Zero**, cuyo objetivo principal es reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) de origen nosocomial intra UCI.

³ De acuerdo a la descarga realizada en CISEMadrid el 12/02/2020, con incidentes del 1 de enero al 31 de diciembre 2019.

Entre las medidas de evaluación se encuentra la tasa de pacientes (infectados o colonizados) con una o más BMR adquiridas en UCI, definida como el nº de pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas con respecto al total de pacientes.

El objetivo trasladado en 2019 a los centros ha sido el de tener una tasa media de pacientes que adquieren una BMR inferior al 3%. Así, en el año 2019 la tasa global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de **1,85%**, siendo el cumplimiento global de un **80%** (20/25) de hospitales.

Respecto a **ITU Zero**, reducción de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje uretral, (SU) ha sido en el año 2019 cuando se ha incluido por primera vez como indicador la densidad de incidencia de ITU-SU. La evaluación se ha realizado midiendo el número de episodios de ITU-SU entre el número total de días de sondaje uretral (por 1000). El objetivo establecido era conseguir un resultado igual o inferior a un **2,5%**

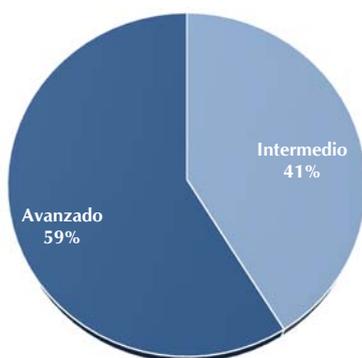
Así, el resultado global obtenido en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud donde es de aplicación (centros con UCI adultos) ha sido de un **3,23%**, es decir, superior al objetivo planteado. De los 25 hospitales con UCI de adultos, un **44%** han cumplido la meta (11 hospitales).

Desarrollo de actuaciones para mejorar la higiene de manos: El objetivo que se ha trasladado a los centros en el año 2019 ha sido el realizar la autoevaluación a través de la herramienta validada por la OMS y obtener un nivel avanzado con la puntuación obtenida en la autoevaluación. En este sentido, todos los hospitales han realizado la autoevaluación, **20 han alcanzado el nivel avanzado (59%) y 14 el intermedio (41%)**.

Así, nivel avanzado de acuerdo a la autoevaluación, quiere decir que se han mantenido o mejorado las prácticas de higiene de manos y su promoción; y nivel intermedio que existe una estrategia adecuada de promoción de higiene de manos y las prácticas han mejorado pero se necesitan planes que garanticen continuidad y progresión.

Con respecto a la autoevaluación, se representa en el siguiente gráfico el nivel de desarrollo de los hospitales de acuerdo al resultado obtenido:

Nivel de desarrollo alcanzado de acuerdo a la autoevaluación OMS: % de hospitales



Inadecuado (0-125)	Básico (126-250)	Intermedio (251-375)	Avanzado (376-500)
Las prácticas de higiene de las manos y su promoción son deficientes . Son necesarias mejoras importantes	Se aplican algunas medidas , pero no alcanzan un nivel satisfactorio. Es necesario seguir mejorando	Existe una estrategia adecuada de promoción de HM y las prácticas han mejorado. Necesario planes a largo plazo que garanticen continuidad y progresión	Se han mantenido o mejorado las practicas de higiene de las manos y su promoción

Desarrollo de actuaciones para la seguridad en el paciente quirúrgico. En este apartado se evalúa la aplicación de medidas destinadas a mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, algunas de las cuales forman parte de programas o proyectos específicos: como Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero.

Su inclusión entre los objetivos institucionales permite seguir y evaluar su grado de implantación en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. En 2019 se incluyeron las siguientes actuaciones:

Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ): Su utilización se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009. En 2019 el **porcentaje global de utilización del LVQ** (número de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica por número de historias clínicas evaluadas X 100) ha sido **de un 96,1%** (rango 84-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,7%).

La meta establecida en el año 2019 marcaba que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera **superior al 95 %**. En este caso han sido 24 de los 29 hospitales con actividad quirúrgica los que han alcanzado este objetivo, el **83%**, superior al 76% del 2019.

Grado de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ): El proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2019, se estableció como objetivo institucional que al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en **>90%** de unidades/servicios quirúrgicos. En este sentido, y de acuerdo al protocolo IQZ, al menos se incluyen las siguientes 5 intervenciones: cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y By-pass aorto-coronario con solo incisión torácica, señalando así mismo que cada hospital podrá seleccionar otras intervenciones donde aplicar el protocolo.

En cuanto los resultados, de forma global la adherencia ha sido de un **98,2%** de servicios o unidades, superior al 90,5% del año 2018, habiendo alcanzado la meta establecida el **93% de los hospitales** (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

Objetivos de seguridad en Atención Primaria:

Continuando con los objetivos de seguridad del paciente en Atención Primaria marcados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, en 2019 se estableció como objetivo principal la **participación activa de directivos en la seguridad del paciente a través de “rondas de seguridad”** con objeto de desplegar la seguridad del paciente en la organización.

El objetivo de la realización de rondas de seguridad en atención primaria se incluyó por primera vez en el año 2016, y en el año 2019 se estableció que se realizaran al menos 10 rondas de seguridad por cada Dirección Asistencial.

Así, se han realizado un total de **127 rondas** de seguridad, cifra superior a la del año 2018 en que se realizaron un total de 79 rondas, siendo un 100% de las Direcciones Asistenciales las que han realizado más de 10 rondas de seguridad.

Asimismo, para impulsar prácticas seguras, se produce el **desarrollo de actuaciones para mejorar la higiene de manos**, que es objetivo institucional desde hace una década en el Servicio Madrileño de Salud a través del impulso de actuaciones que aborden los diferentes componentes de la Estrategia multimodal que propugna la OMS. La utilización de la herramienta de autoevaluación de la OMS permite conocer a un centro cómo se encuentra en relación con un programa de mejora de higiene de manos y si se utiliza de forma repetida evaluar sus progresos.

En atención primaria la utilización de esta herramienta se ha vinculado dentro de las actividades a realizar por los centros de salud en torno al Día mundial de higiene de manos (5 de mayo) e incluido asimismo como objetivo institucional.

Desarrollo de actuaciones para mejorar la atención al dolor en Direcciones Asistenciales. En continuidad con las líneas marcadas en años previos, el objetivo para 2019 se centró en el desarrollo de al menos 3 actuaciones para mejorar el dolor en cada Dirección Asistencial, priorizando las siguientes:

- Desarrollar al menos una **acción formativa** a nivel de la Gerencia.
- **Reuniones trimestrales** de las Comisiones de Calidad en las que se aborden aspectos relacionados con la atención al dolor.
- Realizar los referentes del dolor de la DAS al menos **4 actuaciones específicas** al año relacionadas con la mejora de la atención al dolor, entre ellas son prioritarias estas 3:
 - Visita/reunión con el hospital de referencia
 - Reunión con sus centros de salud
 - Una reunión con los responsables de los ESAPD

En este sentido se ha dado cumplimiento a cada una de las tres actuaciones propuestas en todas las Direcciones Asistenciales, excepto el referido a las reuniones trimestrales donde el cumplimiento ha sido del 85,7%, es decir, 6 de las 7 DAS han abordado aspectos relacionados con el dolor en las reuniones trimestrales realizadas.

Objetivos de seguridad en SUMMA 112:

En 2019 los objetivos institucionales de seguridad del paciente del SUMMA112 han sido relativos a: la implantación de objetivos de seguridad en cada centro, reuniones o sesiones de seguridad en las unidades con participación de los responsables, rondas de seguridad e higiene de manos.

Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro. Para continuar con el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente (ESP) del Servicio Madrileño de Salud, en 2019 se estableció como objetivo la implantación de objetivos propios en cada Gerencia incluyendo aquellos definidos como prioritarios. Uno de los objetivos prioritarios había de ser el desarrollo de actuaciones para evitar prácticas innecesarias (línea estratégica 8 de la ESP 2015-2020).

En este sentido, en el SUMMA se establecieron para el año 2019 **12 objetivos**, todos ellos descritos en el informe de actividad de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios 2019. En cuanto al **objetivo establecido como prioritario de “no hacer”**, se han realizado las siguientes actividades:

- Se han elaborado y difundido unas "Recomendaciones sobre prácticas innecesarias"
- Formación y recomendación a través de 10 píldoras en la semana del Día Europeo de Uso Prudente de Antibióticos sobre “No dar Antibiótico en ...”.

Participación activa de directivos en la atención al paciente a través de "Rondas de seguridad". En 2019 se estableció el objetivo de realizar al menos una ronda de seguridad documentada por parte de los directivos del SUMMA 112 por cada Unidad Funcional en el 80% de las unidades.

En este sentido, se han llevado a cabo visitas de seguridad en el **100% de las 25 unidades** funcionales y en unidades asistenciales específicas, cifra superior al 85% alcanzado en 2018. **En total**, se han realizado **136 rondas** de Seguridad, lo que supone un incremento con respecto a las realizadas en años previos.

Autoevaluación y mejora de la higiene de manos. Como objetivo institucional desde hace años se encuentra la realización de la **autoevaluación** a través de la herramienta de la OMS que permite conocer a un centro cuál es su situación con respecto a un programa de **mejora** de la higiene de manos.

Así, se ha realizado la autoevaluación refiriendo de acuerdo a la puntuación obtenida un **nivel de desarrollo avanzado**. La autoevaluación se realizó en mayo del 2019 y se ha alcanzado 385 puntos. Además, se han establecido mejoras con relación a retroalimentación a los profesionales y el liderazgo directivo.

I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF), con plena implantación en los centros sanitarios desde 2007 representan la piedra angular para el despliegue de actuaciones de seguridad del paciente a nivel de los centros. Están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 34 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112 en 2019.

La función de las UF es impulsar el despliegue de la seguridad del paciente en su centro, a partir de la actividad de sus miembros, que con un formación específica en materia de seguridad del paciente, abordan la promoción de la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en el centro, es decir, la identificación y análisis de incidentes de seguridad y errores de medicación y la propuesta y seguimiento de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.

Así, estas Unidades informan semestralmente de sus actividades a la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria; actividades que se enmarcan dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud actualmente vigente 2015-2020. Con todo ello, se elabora un informe cuyos resultados más destacados del año 2019 se describen a continuación.

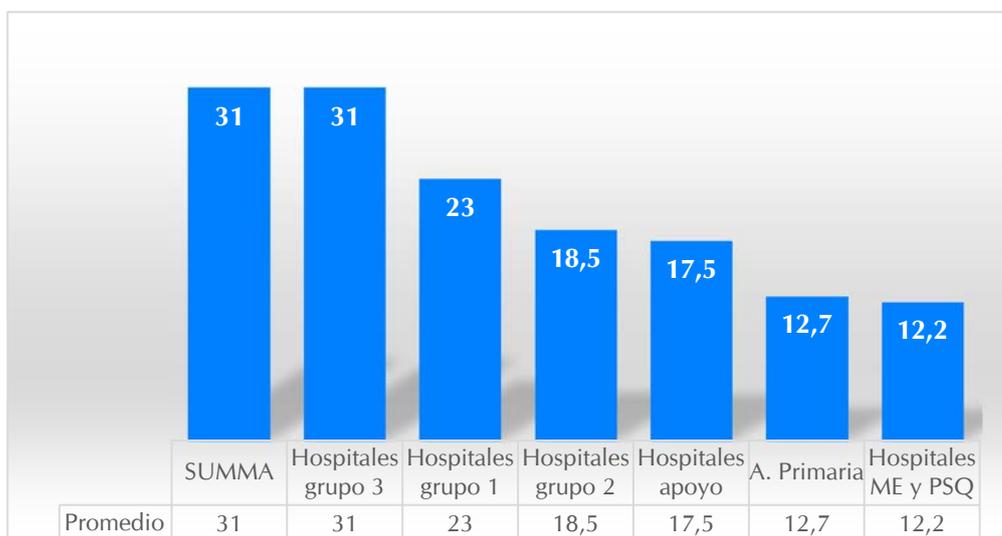
Estructura/Organización:

Entre las características de las Unidades hay que resaltar la idea de que al ser unidades “funcionales”, son estructuras organizativas flexibles que se pueden adaptar a la realidad de cada centro sanitario, en cuanto al número y perfil de los profesionales y a su forma de interactuar.

Globalmente en el Servicio Madrileño de Salud forman parte de estas Unidades un total de **845 profesionales** de todos los ámbitos de la organización sanitaria. De todos ellos, un 86% (725) pertenecen a las 34 Unidades Funcionales de hospitales, seguidos de profesionales de atención primaria (11%) de las 7 Unidades Funcionales y del SUMMA 112 (4%).

En el siguiente gráfico se representan los valores promedio de profesionales que forman parte de las distintas UF, observándose cierta correlación entre el tamaño de los centros, con mayor número de profesionales y el nivel de participación de los mismos en sus Comités de Seguridad/Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos.

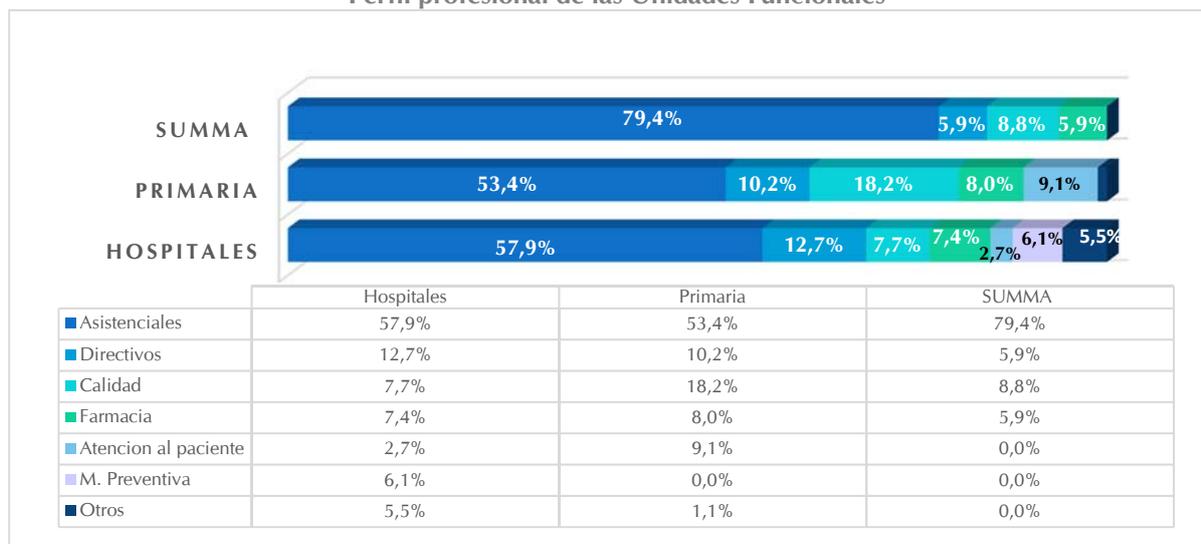
Promedio de profesionales que forman parte de las UF: por ámbito asistencial y grupo de hospital



*ME y PSQ: Media estancia y Psiquiátricos

En cuanto al perfil de los profesionales, de acuerdo a las recomendaciones que se dieron para la constitución de las Unidades Funcionales, participan en estos grupos multiprofesionales al menos un miembro del equipo directivo y representantes de las áreas de calidad, farmacia y medicina preventiva, pudiendo formar parte de ellas cualquier otro personal que el centro y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales, tal y como se refleja en el siguiente gráfico.

Perfil profesional de las Unidades Funcionales



Un aspecto interesante es el relativo al nivel de formación de sus integrantes. Con respecto a la información facilitada por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en el año 2019, el porcentaje de **profesionales formados** en seguridad del paciente es del **92%**, ligeramente inferior al año anterior (96%). De ellos y de forma global, **el 66%** considera que tiene un **nivel de formación avanzado o medio**.

Además, a nivel organizativo, está la figura de los responsables de seguridad; profesionales dedicados a la asistencia y formados en seguridad del paciente, que son el eslabón con las Unidades Funcionales de los centros y actúan a nivel local desplegando la cultura de seguridad, gestionando los riesgos y promoviendo prácticas seguras por áreas, servicios o unidades y centros de salud. Así, de acuerdo a los datos comunicados en el año 2019, hay un total de **2.229 responsables de seguridad de unidades/servicios** en el Servicio Madrileño de Salud, con un promedio global de 53 responsables por Gerencia/Dirección Asistencial.

Actividad:

De forma global, el número total de **objetivos establecidos por las Unidades Funcionales** de Gestión de Riesgos Sanitarios del SERMAS en año 2019 ha sido de **504**, un número superior al registrado en el año 2018 (475), con un promedio de 12 objetivos por Unidad Funcional. En este sentido, a final del año, cerca de un **92%** de los indicadores de seguimiento planteados para evaluar estos objetivos estaban **alcanzados o** en algún caso **parcialmente alcanzados**.

En cuanto a las **actividades relacionadas con la promoción de la cultura de seguridad**, en el año 2019 se han elaborado un total de 367 materiales, un 18% más respecto al mismo periodo de 2018 (301): Hospitales 329, Atención Primaria 36 y SUMMA 112 han sido 2. Así, la mayoría de materiales (75%) se dirige a profesionales, el 21% a pacientes y familiares y un 4% a todos los colectivos. Los documentos que han adjuntado las UF se encuentran disponibles para todas las UF en el apartado de seguridad del paciente de la intranet de la Consejería.

En relación con la **identificación de incidentes**, globalmente en el año 2019, han sido **25.319**, cifra superior a la del año 2018 en que se identificaron 23.500 incidentes.

Del total de incidentes identificados, el porcentaje más elevado corresponde al ámbito de atención hospitalaria seguido de atención primaria y el SUMMA 112 tal y como se representa a continuación; y en el ámbito de la atención hospitalaria ha habido un ascenso con respecto al mismo periodo del año previo, no así en Atención Primaria y en SUMMA, donde se observa un descenso del número de incidentes identificados.

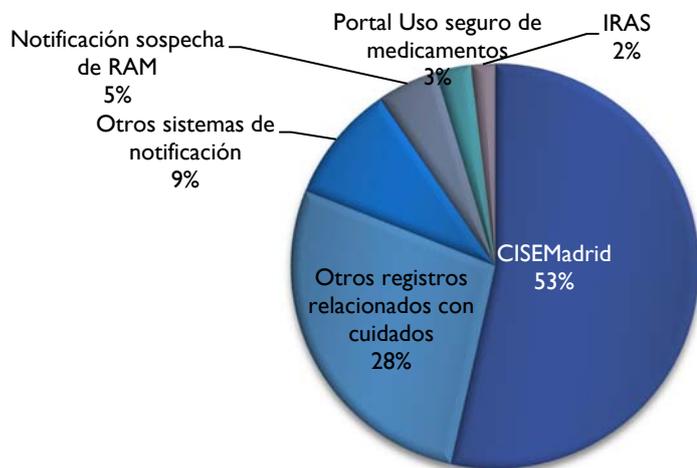
Nº de incidentes identificados (total y promedio Gerencia/DA): Evolución 2018-2019

	Anual 2019				Anual 2018				Variación 2019-2018			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº	25.319	21.995	3.173	151	23.500	19.970	3.352	178	1.819	2.025	-179	-27
Promedio	603	647	453	151	560	587	479	178				

En cuanto a las **fuentes de información**, más de la mitad de los incidentes se han identificado específicamente a través del sistema de notificación de incidentes CISEMadrid, seguidos de otros registros relacionados con cuidados (caídas, heridas crónicas, etc.) y de otros sistemas de notificación.

Considerando una única fuente para cada incidente identificado, la distribución global considerando todos los ámbitos asistenciales se muestra en la siguiente figura.

Fuentes utilizadas para la identificación de incidentes



No obstante, teniendo en cuenta el ámbito asistencial, en Atención Primaria casi de forma exclusiva los incidentes se identifican a través de CISEMadrid, en el caso SUMMA 112 de forma mayoritaria a través de un Otros sistemas de notificación de incidentes mientras que entre las 34 Unidades Funcionales de hospitales hay mayor diversidad entre las fuentes de información, empleando además de CISEMadrid otros registros relacionados con cuidados y otros sistemas de notificación.

Tras realizar la identificación de los incidentes, las Unidades Funcionales abordan el **análisis** de los mismos determinando cuáles son más relevantes, qué riesgos son reducibles y qué herramientas utilizar para profundizar en su conocimiento. El objetivo es conocer la naturaleza de estos incidentes como paso previo a la puesta en marcha de actuaciones que mejoren la seguridad del paciente. Así, la prioridad de intervención será mayor cuanto más importante sea el riesgo y la factibilidad de la intervención.

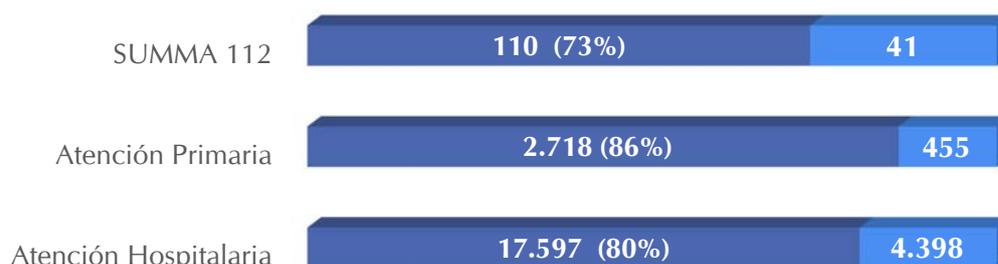
En este sentido, en el año 2019 con respecto a los 25.319 incidentes identificados, **se han analizado un total de 20.425 incidentes**, lo que supone un **81%** de lo identificado (porcentaje ligeramente inferior al del año 2018 de un 83%).

Nº de incidentes analizados (total y promedio Gerencia/DA): Evolución 2018-2019

	Anual 2019				Anual 2018				Variación 2019-2018			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº	20.425	17.597	2.718	110	19.599	16.510	2.914	175	826	1.087	-196	-65
Promedio	486,31	518	388	110	466,64	486	416	175				
Rango		(42-1865)	(289-439)			(61-2218)	(315-574)					

En la siguiente figura se muestra el porcentaje de incidentes analizados por entornos asistenciales:

Análisis de incidentes según ámbito asistencial



	Atención Hospitalaria	Atención Primaria	SUMMA 112
■ Analizados	17.597	2.718	110
■ No analizados	4.398	455	41

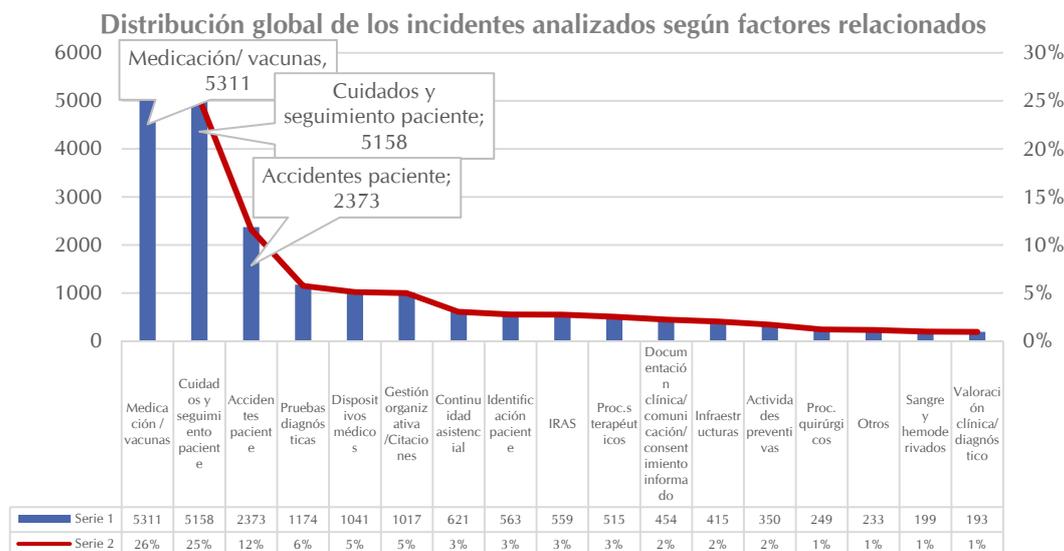
■ Analizados ■ No analizados

Con el **análisis de incidentes**, éstos se agrupan según el aspecto o **factor más relevante con el que están relacionados**. De acuerdo con la clasificación que se facilita en el Sistema de Actividad de las Unidades Funcionales, su distribución en número y porcentaje en el año 2019 se relaciona en la siguiente tabla:

Incidentes analizados (nº y %) según factores relacionados: global y por ámbito asistencial

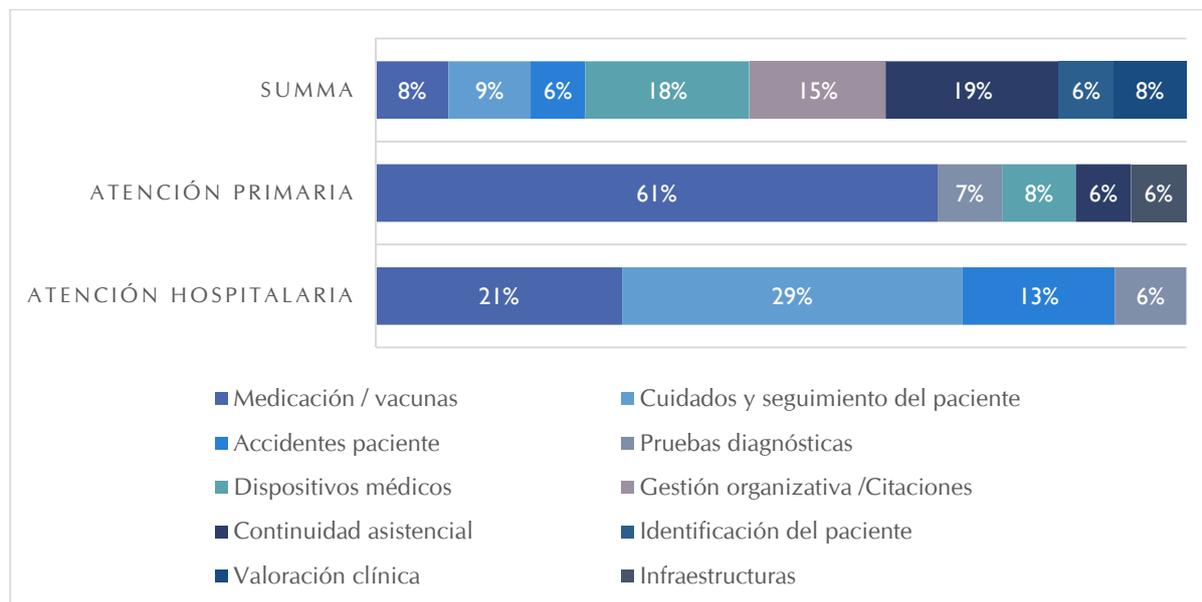
FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	TOTAL	%	AH	%	AP	%	SUMMA	%
Medicación / vacunas	5.311	26%	3.657	21%	1.645	61%	9	8%
Cuidados y seguimiento del paciente	5.158	25%	5.142	29%	6	0%	10	9%
Accidentes del paciente	2.373	12%	2.363	13%	3	0%	7	6%
Pruebas diagnósticas	1.174	6%	996	6%	178	7%	0	0%
Disp. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	1.041	5%	815	5%	206	8%	20	18%
Gestión organizativa /Citaciones	1.017	5%	864	5%	136	5%	17	15%
Continuidad asistencial	621	3%	447	3%	153	6%	21	19%
Identificación del paciente	563	3%	417	2%	139	5%	7	6%
Infección relacionada con la atención sanitaria	559	3%	559	3%	0	0%	0	0%
Procedimientos terapéuticos	515	3%	497	3%	14	1%	4	4%
Documentación clínica/ comunicación/ consentimiento informado	454	2%	386	2%	66	2%	2	2%
Infraestructuras	415	2%	264	2%	151	6%	0	0%
Actividades preventivas	350	2%	346	2%	4	0%	0	0%
Procedimientos quirúrgicos	249	1%	249	1%	0	0%	0	0%
Otros	233	1%	225	1%	4	0%	4	4%
Sangre y hemoderivados	199	1%	199	1%	0	0%	0	0%
Valoración clínica/diagnóstico	193	1%	171	1%	13	0%	9	8%
TOTAL	20.425		17.597		2.718		110	

Así, a nivel global se puede observar más claramente en el siguiente diagrama de Pareto cómo algo más del 70% de los incidentes analizados se concentra en cinco categorías o factores que son: **medicación y vacunas, cuidados y seguimiento del paciente, accidentes del paciente, pruebas diagnósticas y dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico**.



Por otra parte, se observa cómo los factores relacionados con los incidentes analizados muestran una distribución diferente dependiendo del ámbito asistencial.

Distribución de los incidentes analizados por nivel asistencial según factores relacionados*



*Se destacan los factores relacionados con incidentes analizados con un porcentaje superior al 5%

En el **Anexo II**, de forma complementaria se facilitan las tablas de resultados relativos a la clasificación de los incidentes de seguridad analizados según los factores con los que estuvieron relacionados en el año 2019 en atención hospitalaria, primaria y SUMMA, desglosados por grupo de hospital y dirección asistencial.

1.4. Otras actuaciones

Se presentaron en las reuniones de 2019 del Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente las siguientes actuaciones:

1.- Decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid

En febrero de 2019 solicita la Secretaría General Técnica la valoración del Proyecto al Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y este aprobó en reunión del Pleno de abril 2019, el Informe con las aportaciones del mismo del "Decreto por el que se establecen los requisitos para mejorar la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid"; se trata de un decreto que fija criterios mínimos y se ha realizado a instancias de la Resolución 77/2017 sobre política general de Seguridad del Paciente a tramitación del proceso administrativo para su publicación.

Durante 2019 se ha continuado con los trámites de envío al Consejo Asesor de la Comunidad de Madrid por parte de la D.G. de Inspección y Ordenación y después a la reunión de Consejo de Gobierno.

2.- Auditorias SHAM

Se han finalizado todas las visitas (14 auditorias) programadas a los centros para la evaluación de riesgos en hospitales, atención primaria y SUMMA 112. Esta iniciativa fue premiada en 2019 a las mejores ideas en Diario Médico. informes finales y por centros, para su remisión posterior.

Está programada la formación para la elaboración de Mapas de riesgos en el año 2020.

3.- Estudio Eventos Adversos en Atención Primaria, SUMMA 112 y Hospitales de la Comunidad de Madrid

Desde Atención Primaria se continua trabajando en el proyecto de investigación Trigger-Prim, para validar un conjunto de Trigger y conocer la prevalencia de Eventos Adversos (EA) en Atención Primaria así como la caracterización de dichos EA. Se ha extraído la muestra y la presencia de Trigger y se ha organizado el trabajo de revisión de historias para realizarlo a comienzos de 2020 (retrasada por la situación COVID).

Desde la Gerencia del SUMMA 112 durante el año 2019 se continua con el estudio de prevalencia de incidentes de riesgo y eventos adversos (EPIREA); se han planteado los criterios y elaborado y validado la herramienta (guía de cribado) para la detección de los mismos, además de comenzar con la fase de recogida de datos para conocer la prevalencia de incidentes de seguridad.

Está planteada una segregación de la muestra en dos subgrupos, uno de ellos sobre la atención prestada por los dispositivos móviles (a domicilio, vía pública,...) y otro sobre la atención prestada por los centros de urgencias extrahospitalarias (SUAP y CUE) donde acuden los pacientes; ya hay datos clínicos recogidos de 700 pacientes que están pendientes de analizar.

En relación al estudio sobre la seguridad de los pacientes en los Hospitales de la Comunidad de Madrid (ESHMAD) se ha llevado a cabo en los 34 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid que están clasificados en 6 grupos. Se constituyó un grupo director y se realizó en 2019 la formación de formadores incluyendo la misma: conceptos básicos, organización y objetivos, cribado, cuestionario MRF2. Se han realizado a lo largo de todo el año Informes de situación personalizados y ha habido una comunicación estrecha con todos los investigadores desde el Servicio de Medicina Preventiva del H. U. Ramón y Cajal.

Las principales contribuciones del estudio son:

- Estimar por primera vez la magnitud, características, evitabilidad, impacto y causas de los eventos adversos (con los resultados de este estudio no tenemos una referencia, tenemos una realidad y por eso se pueden diseñar con precisión barreras).
- Capacitación e integración de equipos de profesionales.
- Cultura de seguridad.

II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La aplicación del ciclo de gestión de riesgos desemboca en el diseño e implantación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente, evitando la repetición de errores y fallos conocidos y la aparición de otros nuevos. Cuando las actuaciones se apoyan en evidencia científica hablamos de prácticas seguras, que se constituyen en la práctica de referencia para mejorar la seguridad, como las referidas a la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la higiene de manos, la identificación inequívoca, el listado de verificación quirúrgica o los paquetes de medidas de los proyectos Zero en unidades de cuidados intensivos.

Cuando no hay evidencia científica disponible, que es con frecuencia, para avalar una intervención para mejorar la seguridad, pero la experiencia y el consenso de expertos la avalan, hablamos de Recomendaciones de Seguridad.

En la Comunidad de Madrid se continúa con el despliegue institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y, a través de él, con la Comisión Europea y con la OMS. Este grupo de actuaciones se detallan en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional”.

En el nivel local se despliegan las “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” por los centros y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, derivadas del ciclo de gestión de riesgos. Hablamos de Prácticas Seguras Locales cuando se apoyan en evidencia científica y Recomendaciones de Seguridad Locales, cuando se apoyan en la opinión de expertos y la experiencia. Cuando las condiciones para ello son adecuadas, las UFGRS promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización.

A continuación en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional” se presentan los resultados de los proyectos institucionales abordados en 2019, que incluye: Proyectos Zero en las UCIs, Higiene de Manos, Seguridad del Paciente Quirúrgico, Uso Seguro del Medicamento y Entornos de especial riesgo en Atención Primaria, en continuidad con las de 2018.

En el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se resume la información sobre las actuaciones promovidas por las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en los centros, diferenciando Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras.

II.1. Prácticas seguras a nivel institucional

II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs

Desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero” con indicadores en objetivos institucionales.

A partir del año 2014 se desarrolló el proyecto **Resistencia Zero**, cuyo objetivo principal es reducir la tasa de pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) de origen nosocomial intra UCI.

Entre las medidas de evaluación se encuentra la tasa de pacientes (infectados o colonizados) con una o más BMR adquiridas en UCI, definida como el nº de pacientes ingresados en UCI con una o más BMR identificadas con respecto al total de pacientes.

El objetivo trasladado en 2019 a los centros ha sido el de tener una tasa media de pacientes que adquieren una BMR inferior al 3%. Así, en el año 2019 la tasa global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 1,85%, siendo el cumplimiento global de un 80% (20/25) de hospitales.

Respecto a **ITU Zero**, reducción de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje uretral, (SU) ha sido en el año 2019 cuando se ha incluido por primera vez como indicador la densidad de incidencia de ITU-SU. La evaluación se ha realizado midiendo el número de episodios de ITU-SU entre el número total de días de sondaje uretral (por 1000). El objetivo establecido era conseguir un resultado igual o inferior a un 2,5%

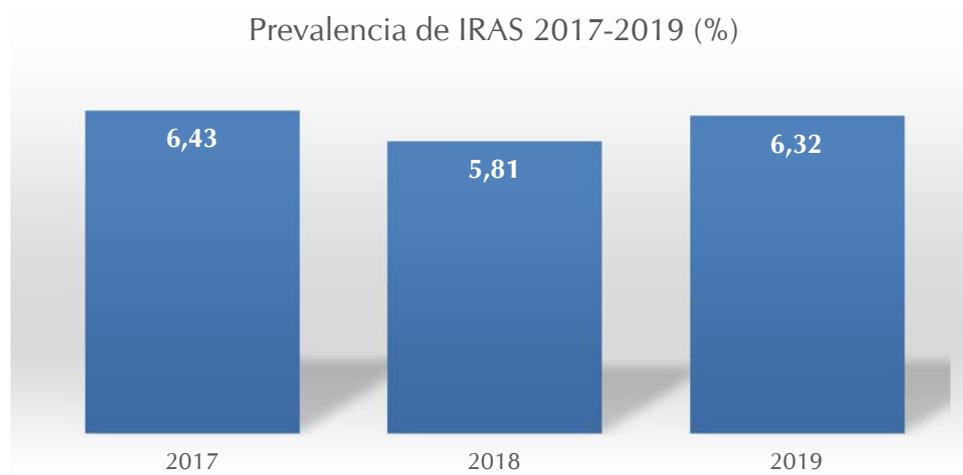
Así, el resultado global obtenido en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud donde es de aplicación (centros con UCI adultos) ha sido de un 3,23%, es decir, superior al objetivo planteado. De los 25 hospitales con UCI de adultos, un 44% han cumplido la meta (11 hospitales).

II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria

Prevalencia global de infección relacionada con la atención sanitaria

La prevalencia global es un indicador que mide los pacientes que presentan una infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) durante su estancia hospitalaria en un momento determinado.

La implantación del sistema nacional de vigilancia de las IRAS integrará dentro de la RENAVE la vigilancia de la prevalencia de las IRAS. Hasta ahora los datos son proporcionados por el estudio EPINE.



Vigilancia de la infección de localización quirúrgica

En el año 2006 se creó el Sistema de Prevención y Vigilancia en materia de Infecciones Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, mediante la ORDEN 1087/2006, de 25 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo. El objetivo general de este sistema de vigilancia es disminuir las IRAS en los hospitales de la Comunidad de Madrid mediante la recogida de una información estandarizada que sea útil para la adopción de estrategias preventivas adecuadas y que permita la evaluación de la eficacia de las mismas. Desde 2016 la creación del Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS, impulsó el desarrollo de un nuevo Protocolo de Vigilancia de la Infección de Localización Quirúrgica (ILQ) en la Comunidad de Madrid basado en el nacional. Siguiendo este nuevo protocolo se desarrolla la vigilancia en 2019.

La ILQ es una de las áreas prioritarias de vigilancia. Los procedimientos quirúrgicos básicos sobre los que se realiza vigilancia obligatoria en 2019 son:

En adultos: Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Cirugía de colon, BYPASS coronario con doble incisión y BYPASS coronario con incisión simple (torácico).

Procedimientos quirúrgicos básicos en adultos

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA Mínimo
Traumatología	HPRO: Prótesis de cadera	3 meses mínimo N = 100*
	KPRO: Prótesis de rodilla	3 meses mínimo N = 100*
Cirugía General y Digestivo	COLO: Cirugía de colon	3 meses mínimo N = 100*
Cirugía cardiaca	CBGB: BYPASS coronario con doble incisión	3 meses mínimo N = 30*
	CBGB: BYPASS coronario con doble incisión simple (Torácica)	3 meses mínimo N = 30*
*Una vez finalizado el periodo de 3 meses de vigilancia obligatorio, aquellos hospitales que no han llegado a esta cifra continuarán la vigilancia hasta conseguirla o hasta finalizar el año.		

En niños: Apendicetomía y un procedimiento de vigilancia elegido por el hospital de especial relevancia.

Procedimientos quirúrgicos básicos en los hospitales infantiles

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA
Cirugía General y Digestivo	APPY: Apendicetomía	Enero a Junio
Procedimiento de vigilancia elegido por el hospital		Seis meses

En la siguiente tabla se describen el número total de ingresos, personas intervenidas, cirugías realizadas y número total de ILQ identificadas en los años 2017, 2018 y 2019 en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Número de ingresos, pacientes, intervenciones e ILQ 2017-2019*

	2017	2018	2019
Nº de ingresos	26252	26203	20242
Nº de personas	25831	25783	19899
Nº de intervenciones	26586	26628	20545
Nº ILQ1	919	940	692

*Datos de 2017 y 2018 actualizados en 2019

1 ILQ en cirugías de vigilancia obligatorias y opcionales

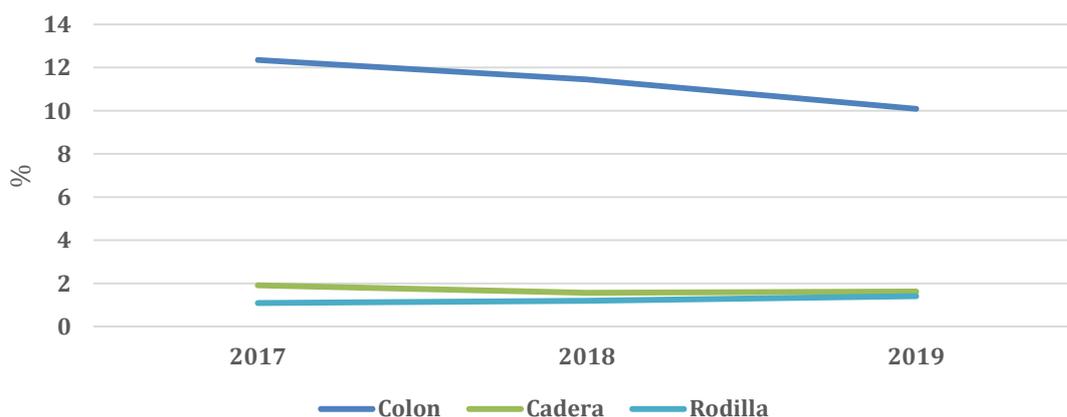
2 Estos datos no recogen la vigilancia completa de dos hospitales y solo parcialmente la de un tercero

Los resultados obtenidos para 2019 de forma global en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid de las cirugías que aparecen en el observatorio de resultados del servicio Madrileño de Salud son los siguientes:

INDICADOR	SERVICIO MADRILEÑO SALUD
Infección de localización quirúrgica de cirugía de colon	10,09%
Infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de cadera	1,62%
Infección de localización quirúrgica en cirugía de prótesis de rodilla	1,41%

Los datos de la siguiente gráfica se obtienen, actualizando los datos de los dos años precedentes, incluyendo las infecciones de localización quirúrgica superficiales, profundas y órgano-espacio de cirugía de cada procedimiento tanto programada como urgente.

Incidencia global de infección por procedimiento. Año 2017-2019



II. 1.3. Higiene de Manos

La mejora de la higiene de manos es un elemento fundamental en la prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

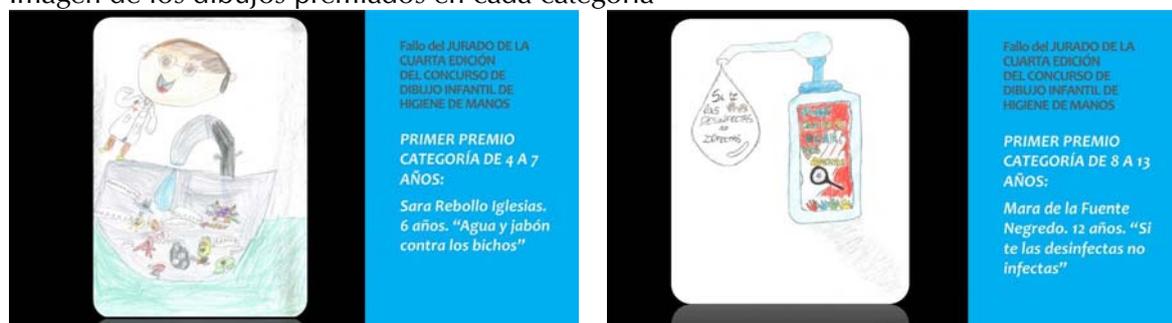
Durante el año 2019 se han establecido objetivos de mejora de higiene de manos entre los objetivos institucionales de los centros (*los resultados se recogen en el apartado de Organización de "Evaluación de los objetivos institucionales"*).

Entre las actividades del proyecto institucional de higiene de manos en 2019, destacan las realizadas en torno a la celebración del Día Mundial de Higiene de Manos (5 de mayo).

Así, se organizó la IV Edición del concurso de dibujo infantil de higiene de manos. Hubo una amplia participación, y tras una primera selección por un comité de cada Gerencia de hospital/Dirección Asistencial, se recibieron para su evaluación por un comité central, un total de 89 dibujos: 40 en la modalidad de 4 a 7 años y 49 en la modalidad de 8 a 13.

De entre todos ellos, y teniendo en cuenta la creatividad, impacto visual y relevancia con respecto al tema objeto del concurso, se seleccionaron, por un jurado integrado por los miembros del Grupo Coordinador de higiene de manos de la Consejería de Sanidad y presidido por la Directora General de Humanización, los 2 dibujos premiados y 4 accésit.

Imagen de los dibujos premiados en cada categoría



El día 13 de junio se organizó un acto público de entrega de reconocimientos a los finalistas y ganadores con la presencia del Consejero de Sanidad y en el transcurso del mismo se entregó a todos los niños participantes una réplica de los dibujos que presentaron en formato póster cartón-pluma y a los 6 ganadores además un diploma.

Se ha elaborado además una memoria que recoge las actuaciones realizadas en atención hospitalaria, atención primaria y SUMMA entorno al día mundial de higiene de manos 2019, que está disponible en la intranet.

En cuanto a las actividades de formación se realizaron dos ediciones del curso online de higiene de manos. Y como en años anteriores se ha llevado a cabo la evaluación de la práctica de higiene de manos a través del conjunto de indicadores comunes del Sistema Nacional de Salud, incluyendo resultados relativos al año 2018 y remitiendo a los centros una comparativa con respecto a hospitales de su grupo y global del SERMAS.

II.1.4. Seguridad del paciente quirúrgico

En el año 2019 y como continuación de las actuaciones iniciadas el año anterior para desplegar los Proyectos Infección Quirúrgica Zero y Cirugía Segura, se incluyeron objetivos institucionales.

También se ha continuado trabajando en conjunto con el Servicio de Evaluación para la realización de auditorías del grado de implantación de estos proyectos en hospitales. Así, hasta el momento se habían realizado un total de 23 auditorías. Del resultado de las auditorías, por parte de los Hospitales, se han recibido planes de mejora de 13 hospitales (56,5%) y alegaciones de 8 hospitales (34,7%).

Además, se constituyó en febrero de 2019 un grupo de trabajo para Impulsar y desplegar Prácticas Seguras relacionadas con Cirugía y Anestesia. Este grupo ha trabajado en la adaptación del SBAR como herramienta de comunicación para fomentar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

Implantación del listado de verificación quirúrgica (LVQ): Su utilización se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009. En 2019 el **porcentaje global de utilización del LVQ** (número de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica por número de historias clínicas evaluadas X 100) ha sido **de un 96,1%** (rango 84-100%), muy similar al porcentaje alcanzado el año anterior (96,7%).

La meta establecida en el año 2019 marcaba que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera **superior al 95 %**. En este caso han sido 24 de los 29 hospitales con actividad quirúrgica los que han alcanzado este objetivo, el **83%**, superior al 76% del 2019.

Grado de adherencia a las medidas del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ): El proyecto IQZ busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas que se producen en los hospitales. Propone la aplicación de 5 medidas preventivas específicas de eficacia reconocida, de las cuales 3 son obligatorias para todos los hospitales participantes en el proyecto: adecuación de la profilaxis antibiótica, pincelado con clorhexidina alcohólica al 2% y eliminación correcta del vello.

En 2019, se estableció como objetivo institucional que al menos las 3 medidas obligatorias del proyecto habían de estar implantadas en >90% de unidades/servicios quirúrgicos. En este sentido, y de acuerdo al protocolo IQZ, al menos se incluyen las siguientes 5 intervenciones: cirugía de colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla, By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto y By-pass aorto-coronario con solo incisión torácica, señalando así mismo que cada hospital podrá seleccionar otras intervenciones donde aplicar el protocolo.

En cuanto los resultados, de forma global la adherencia ha sido de un **98,2%** de servicios o unidades, superior al 90,5% del año 2018, habiendo alcanzado la meta establecida el **93% de los hospitales** (27 de los 29 centros con actividad quirúrgica).

II.1.5. Uso seguro del medicamento

Los errores de medicación constituyen el tipo de evento adverso más frecuente, según los estudios, siendo evitables en al menos un 35% de los casos. Durante 2019, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas tanto a profesionales como a pacientes.

A continuación, se detallan las actividades realizadas, relacionadas con:

- a) la notificación de errores de medicación
- b) la estrategia para la reducción del uso crónico de benzodiazepinas
- c) las resistencias a los antimicrobianos en la Comunidad de Madrid
- d) la identificación de las vías de administración de medicamentos
- e) la implantación de un circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del SERMAS
- f) otras actuaciones.

a).- Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos: En este Portal, los profesionales sanitarios notifican errores de medicación, de forma anónima en coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. Se realizan actividades derivadas del análisis de estos errores de medicación, con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir.

Durante el año 2019 se han recibido 5.274 notificaciones sobre errores de medicación: 2.816 procedentes de los Hospitales (AH), 1.946 desde Atención Primaria (AP), 21 del SUMMA112, 27 de la Red de Farmacias Centinela (RFC), 217 de las Residencias de Ancianos y Centros Socio Sanitarios públicos y 1 de la industria. En este sentido, durante el año 2019 se han revisado, en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 510 notificaciones de errores de medicación (9,7% del total) y se han realizado las siguientes actuaciones:

- Remisión a la Subdirección General de Inspección y Ordenación Farmacéutica, Área de Control Farmacéutico:
 - 57 incidentes para investigación, por posibles problemas relacionados con la calidad del medicamento.
 - 109 incidentes relacionados con el suministro de los medicamentos por la posibilidad de que pudieran originar alguna laguna terapéutica.
- Revisión de 201 notificaciones de errores de medicación y remisión al Centro de Farmacovigilancia (CFV) de la Comunidad de Madrid de 169 notificaciones con consecuencias de daño al paciente, al ser consideradas reacciones adversas a los medicamentos.
- Remisión al Área de Sistemas de Información de la Subdirección General de Farmacia y Productos sanitarios, 113 notificaciones relacionadas con posibles problemas en las bases de datos de los medicamentos que pueden dar lugar a errores de medicación.
- Revisión de 6 notificaciones relacionadas con los errores de medicación cuyas causas han sido los problemas en la interpretación de la prescripción por ser ambigua, ilegible o por el uso de abreviaturas.
- Revisión de 12 notificaciones relacionadas con la presentación de la especialidad farmacéutica por dar lugar a confusión debido a nombres similares, similitud de envases etc.
- Desde el Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid hemos recibido 7 notificaciones adicionales sobre errores de medicación comunicados en la aplicación de notificación directa de reacciones adversas: www.notificaRam.es.
- Se han remitido 4 Notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con propuestas de cambio para mejorar las presentaciones de los medicamentos que mejoran la seguridad en la utilización de los medicamentos por los pacientes o en la administración por los profesionales sanitarios.
- Se han elaborado 18 Boletines de Recomendaciones a los profesionales para fomentar el uso seguro de los medicamentos. Disponibles en: https://saludamas.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Documentospara_profesionales.aspx
- Se han publicado 2 Boletines de Buenas Prácticas de Medicamentos y Productos Sanitarios en Centros Sociosanitarios. Se pueden consultar en: <https://saludamas.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Boletinresidencias.aspx>
- Se han elaborado 7 Boletines Resumen de notificaciones. Uso Seguro del Medicamento destinado a todos los ámbitos asistenciales y con información descriptiva mensual sobre el número de notificaciones comunicadas en el mes por ámbito asistencial y su participación respecto al total, así como el análisis de las mismas según el origen del error, la evolución de las notificaciones con origen en la prescripción, la clasificación según la persona que los descubre, según el tipo de error, según la causa y las consecuencias para el paciente. Se incluye específicamente información sobre el número de los errores de medicación con medicamentos de alto riesgo, así como los EM notificados en niños y en ancianos y las actividades realizadas: notas a la AEMPS, faltas de suministro recibidas, notificaciones RAM... y cualquier información de interés y de utilidad para fomentar el uso seguro de los medicamentos. Se pueden consultar en: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/home.aspx>
- Se han realizado 7 informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para los ámbitos de Primaria y Hospital.

- Se han elaborado 4 Boletines destinados a las Oficinas de Farmacia de la Red de Farmacias Centinela. Se pueden consultar en el siguiente enlace: <https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/home.aspx>
- Durante el año 2019 se han publicado un total de 79 Noticias sobre Seguridad de Medicamentos a los profesionales sanitarios, empleando la vía de comunicación del Portal de Uso Seguro de Medicamentos y Productos Sanitarios.

b).- Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiazepinas, cuyo pilotaje se realizó en 2016 y en el año 2017 se desplegó a todos los centros de salud de AP y centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid. El objetivo es evitar problemas en tratamientos prolongados con BZD, de tolerancia (dependencia y abuso), así como efectos adversos (por ej. pérdida de memoria y de reflejos, confusión, riesgo de caídas y fracturas). Los principales recursos se han mantenido durante el año 2019:

- Documentación dirigida al paciente disponible en la web <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/dejar-pastillas-dormir>
- Un protocolo de registro en la historia clínica electrónica que permite obtener un calendario automático de reducción de dosis.
- Distribución de los cortadores de comprimidos.
- Modelos de entrevista motivacional para los distintos profesionales que pueden participar en el proceso.
- Coordinación con servicios de urgencias de los hospitales y las oficinas de farmacia.

La evolución del porcentaje total de pacientes con benzodiazepinas respecto a la población con alguna prescripción (de cualquier edad) el último año es favorable. Mientras que la disminución en el porcentaje de pacientes con BZD durante el año 2018 fue de un 0,69%, a lo largo del año 2019 ha sido de un 4,69%.

c).- Actuaciones frente a las resistencias a los antimicrobianos. La resistencia a los antibióticos es uno de los riesgos mundiales más graves y urgentes para la salud que tenemos en la actualidad. Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con datos del CMBC, en el año 2015 murieron en España 2.837 personas como consecuencia de infecciones hospitalarias causadas por bacterias resistentes, un número mucho mayor que los fallecimientos por accidentes de tráfico. Por este motivo, es necesario poner medidas para intentar minimizar las resistencias.

En 2018 se mantuvo la participación de la Comunidad de Madrid en el Plan Nacional sobre Resistencia a los Antimicrobianos y en la Acción conjunta europea sobre resistencia antimicrobiana e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Una de las herramientas que se han mostrado eficaces es la implementación de Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria. Durante 2018 se pilotó el PROA del paciente en tratamiento antibiótico ambulatorio en la DA Este de Atención Primaria y sus tres hospitales de referencia (H. Ramón y Cajal, H. Príncipe de Asturias y H. de Torrejón).

En el año 2019 la Comunidad de Madrid ha puesto en marcha el Programa Marco para el Control de las Resistencias a los Antimicrobianos (RESISTE). En este documento se describen 7 líneas de trabajo generales y una de ellas es Implementar Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA) en todos los ámbitos de atención sanitaria.

Para facilitar y homogeneizar la actividad de los PROA, se han facilitado una serie de recursos de forma centralizada:

- Guía de uso de antimicrobianos en paciente con tratamiento ambulatorio de referencia para Atención Primaria, Servicios de Urgencias de hospitales, SAR o SUMMA.
- Plan formativo sobre la farmacoterapia de las enfermedades infecciosas en la comunidad. Durante el año 2019 se ha realizado el **plan de formación** dirigido a Médicos de Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, SUMMA 112 y Centros Sociosanitarios públicos. Número de profesionales formados 7.508 alumnos, en formato mixto presencial y online.
- Se han creado Subcomisiones de optimización del uso de los antimicrobianos en los pacientes con tratamiento ambulatorio en todos los hospitales que incluyen la participación de médicos y miembros de la Dirección de hospitales, de atención primaria y de centros sociosanitarios públicos.
- Pruebas de diagnóstico rápido de estreptococo beta hemolítico del grupo A en el punto de atención al paciente.
- Plataforma online para la visualización de indicadores relacionados con la prescripción de antibióticos por receta.
- Documentación para fomentar la prescripción diferida en infecciones leves.

Además, se ha incluido en el contrato programa de centros un indicador con el objetivo de promover el desarrollo de las actividades de los PROA del paciente con tratamiento ambulatorio en los centros de salud.

En el año 2019, 23 hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud han implantado un Programa de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA).

d).- Identificación de las vías de administración de medicamentos: Tras la firma de la Resolución 609/2016 por la que se dictaban instrucciones para la implantación de un sistema de identificación de vías de administración de medicamentos orientado a mejorar la seguridad en la administración de medicamentos y su actualización posterior para facilitar su correcta implantación, durante el 2019 se ha continuado realizando formación y mejorando su implantación. Así, durante el 2019 se han realizado las siguientes actuaciones:

- Actualización y mejora del espacio de información al profesional en la intranet, <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Identificaciondevias.aspx>, para facilitar la implantación de esta práctica segura.
- Se ha continuado con el **plan de formación** para seguir dando a conocer las instrucciones para la utilización de sistemas de identificación estandarizados y homogéneos, mediante etiquetas, que mejoren la seguridad en la administración de medicamentos y productos sanitarios, con el fin de contribuir a evitar errores de medicación asociados a su uso. Está dirigido a nuevos profesionales médicos, enfermeras. Número de profesionales formados 7.938 alumnos en formato mixto, presencial y online.
- Se ha presentado una comunicación oral “Sistemas De Identificación de Vías Para Aumentar la Seguridad en la Administración de Medicamentos” en el 21 Congreso Nacional de Hospitales, celebrado el 8-10 mayo en Santiago de Compostela.

e).- Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: En marzo de 2017, se publica la Resolución 105/2017 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se establece un Procedimiento Centralizado de Gestión de Antídotos cuyo objetivo es establecer una actuación coordinada y en red entre los Servicios de Farmacia del SERMAS para el establecimiento de un sistema centralizado de gestión de antídotos, basada en criterios de seguridad, necesidad y eficiencia. Dicha resolución incluye el listado de antídotos. Además, se define un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la optimización de la adquisición, almacenamiento y distribución de antídotos.

En la Intranet corporativa y a disposición de todos los profesionales se establece un apartado: <https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Antidotos-Inicio.aspx> donde se recogen todos los documentos a los que hace referencia la Resolución así como el formulario de solicitud, listado de contactos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y el algoritmo del procedimiento de solicitud urgente. Además, cuenta con un apartado específico con el listado de antídotos donde se especifica para cada uno de ellos las siguientes características: principio activo, nombre comercial, tipo de medicamento, indicación, disponibilidad, stock mínimo, dosificación, observaciones, precauciones de conservación y ficha técnica.

Desde su implantación en marzo de 2017 se han realizado un total 122 solicitudes de antídotos al Servicio de Farmacia del SUMMA 112. De ellas, 64 solicitudes se han realizado en el año 2019.

f).- Otras actuaciones sobre el uso seguro de medicamentos

- En el año 2017 se puso en marcha de un **programa de revisión parcial de la medicación realizada por el farmacéutico de atención primaria** como medida de colaboración con los médicos de familia para mejorar la adecuación y la seguridad de los tratamientos en los pacientes con mayor riesgo de sufrir problemas relacionados con la medicación. Estos pacientes son seleccionados por los médicos o por los farmacéuticos de atención primaria (FAP), priorizando los pacientes crónicos complejos con nivel de intervención alto, polimedicados, pacientes afectados por alguna de las alertas/contraindicaciones seleccionadas o pacientes de centros sociosanitarios concertados o privados. El FAP revisa el tratamiento, propone recomendaciones y el médico, en función de la situación clínica y social del paciente, analiza las sugerencias y decide con cada paciente concreto. En el año 2019 los farmacéuticos de atención primaria revisaron el tratamiento de 2.537 pacientes (un 22% más que en el año 2018), de una edad media de 80 años y 12,67 medicamentos prescritos de promedio y notificaron una media de 6,5 recomendaciones por informe.
- **Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización** (incluye tema de adherencia, hoja de medicación, prevención de errores de medicación). En junio del año 2016 la COVAM (Comisión de Validación de Proyectos Educativos de la CM) validó como proyecto marco de la CM el taller “Conoce tus Medicamentos”, estando disponible a través de la intranet en la aplicación EpSalud. En el año 2019 se han impartido 78 talleres, destaca el incremento respecto al año 2018 en el que se impartieron 13 talleres. En estos talleres han participado también los farmacéuticos de atención primaria.

- Los farmacéuticos de **atención a centros sociosanitarios** que colaboran con la Agencia de la Agencia Madrileña Atención Social en proporcionar una atención farmacéutica a los pacientes institucionalizados en centros sociosanitarios públicos (6.246 residentes en el año 2019) han revisado 22.125 tratamientos que han supuesto 229.164 medicamentos. Se han propuesto 4.726 intervenciones con un grado de aceptación del 47%. Una gran parte de las intervenciones estaban relacionadas con aspectos de seguridad.

Se han revisado y difundido 46 alertas de medicamentos y 6 notas de seguridad de la AEMPS. Se ha revisado la preparación de medicamentos de más de 13.000 SPD (Sistema Personalizado de Dosificación).

II.1.6. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria

En 2019, además de los objetivos institucionales de Atención Primaria descritos anteriormente en este documento, también **la Estrategia de Seguridad del Paciente** del Servicio Madrileño de Salud despliega una **línea específica en Atención Primaria**, cuyas actuaciones en este período han sido:

En relación a mejorar la seguridad en la **utilización de medicamentos con especial riesgo en Atención Primaria**:

- Se continúa trabajando en la elaboración, difusión e implantación de circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia para garantizar la continuidad asistencial en el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k.
- Se ha elaborado un proyecto para mejorar la seguridad de los pacientes que inician insulinización en AP (está pendiente de difusión).

En cuanto a mejorar la **seguridad del paciente en la gestión de pruebas diagnósticas**:

- Se continúa trabajando en la elaboración, difusión e implantación de circuitos de coordinación entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia sobre :
 - Notificación de alertas de resultados analíticos con valores críticos.
 - Comunicación de resultados urgentes con el servicio de anatomía patológica de cada hospital de referencia.
 - Comunicación de resultados urgentes con el servicio de radiología de cada hospital de referencia.

Otras actuaciones de Atención Primaria:

- Se constituye el grupo asesor para la mejora del control y seguimiento de pacientes en tratamiento con anticoagulantes en AP, con los objetivos de realizar:
 - Revisión y actualización del procedimiento marco de control y seguimiento de pacientes en tratamiento con AVK
 - Un proyecto de implantación del autocontrol de pacientes en tratamiento con AVK
 - Revisión del servicio de la Cartera de Servicios E de AP “seguimiento de pacientes adultos con anticoagulación oral”
 - Un cuadro de mando específico sobre anticoagulación en AP

- Se continua trabajando en el proyecto de investigación Trigger-Prim, para validar un conjunto de Trigger y conocer la prevalencia de Eventos Adversos (EA) en Atención Primaria así como la caracterización de dichos EA.
- Se ha actualizado el Plan de Limpieza, Desinfección y Esterilización del material sanitario en AP .
- Se ha creado un grupo de trabajo que está identificando y elaborando los procesos de riesgos en relación a la seguridad del paciente que realizan las TCAEs (técnicos de cuidados en enfermería) en los centros de salud.
- Se está desarrollando un proyecto de mejora del mantenimiento de dispositivos médicos y de Electromedicina en AP.
- Se ha elaborado un documento para garantizar la confidencialidad de los miembros de las UFGRS en AP.
- Se creado en la GAAP un equipo para la gestión de eventos graves y atención a las segundas víctimas.
- Se ha adaptado una guía (sobre la elaborada por la Subdirección General de Calidad Asistencial) para la gestión de eventos adversos graves y atención a las segundas víctimas en AP (pendiente de difundir).
- Se ha elaborado un proyecto de seguridad del paciente, “MAR en SAR”: prescripción de medicamentos de alto riesgo en situaciones de alto riesgo (pendiente de difundir).

II.2. Actuaciones para mejorar la Seguridad del Paciente

En este apartado se presentan las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente que las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y los centros impulsan y diseñan para abordar riesgos locales y en ocasiones, cuando las condiciones para ello son adecuadas, promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización.

Entre estas actuaciones de seguridad se diferencian por un lado las recomendaciones de seguridad y por otro las prácticas seguras, en función del grado de evidencia científica que avala las intervenciones.

Así, se consideran prácticas seguras si hay una sólida evidencia científica de que son efectivas en la reducción de riesgos y con una alta probabilidad de mejorar la seguridad del paciente y recomendaciones de seguridad si no hay estudios concluyentes o la evidencia científica no es sólida. A su vez, tanto las recomendaciones como las prácticas, en función del ámbito de aplicación propuesto pueden ser locales o generalizables.

En este periodo 2019 el **número total de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente** informadas por las Unidades Funcionales ha sido de **10.871**, de ellas el **99% son locales** (medidas correctoras y prácticas seguras) y un **1% son generalizables** (recomendaciones y prácticas seguras).

Además, en la siguiente tabla se complementa esta información teniendo en cuenta los valores promedio de análisis en los diferentes ámbitos, así como la variación con respecto al año 2018, destacando cómo ha habido un importante descenso sobre todo en las recomendaciones de seguridad locales (también denominadas medidas correctoras) y a expensas de un ligero incremento en las recomendaciones de seguridad generalizables.

Nº y tipo de actuaciones para mejorar la seguridad por nivel asistencial: Evolución 2019-2018

Nº actuaciones	Anual 2019				Anual 2018				Variación 2019-2018			
	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA	TOTAL	AH	AP	SUMMA
Nº medidas correctoras**	10.663	7.820	2.816	27	11545	8.355	3.023	167	-882	-535	-207	-140
Recomendaciones de seguridad generalizables	102	86	16	0	66	53	12	1	36	33	4	-1
Nº de prácticas seguras*	106	105	0	1	109	108	1	0	-3	-3	-1	1
Total	10.871	8.011	2.832	28	11.720	8.516	3.036	168	-849	-505	-204	-140

En la siguiente tabla se presentan todas las áreas o factores con las que están relacionadas las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente por ámbito asistencial.

Áreas con las que se relacionan las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente: global y por ámbito asistencial

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	TOTAL	%	AH	AP	SUMMA
Medicación / vacunas	4.412	41%	2.676	1.733	3
Cuidados y seguimiento del paciente	1.244	11%	1.234	9	1
Accidentes del paciente	767	7%	765	2	0
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	702	6%	462	238	2
Pruebas diagnósticas	514	5%	332	181	1
Gestión organizativa / Citaciones	504	5%	396	104	4
Identificación del paciente	478	4%	325	153	0
Valoración clínica/diagnóstico	474	4%	457	14	3
Continuidad asistencial	318	3%	158	156	4
Infección relacionada con la atención sanitaria	311	3%	309	1	1
Infraestructuras	296	3%	134	162	0
Procedimientos terapéuticos	203	2%	187	13	3
Documentación clínica/comunicación/ consentimiento informado	177	2%	113	58	6
Procedimientos quirúrgicos	148	1%	148	0	0
Sangre y hemoderivados	117	1%	117	0	0
Otros	107	1%	103	4	0
Actividades preventivas	99	1%	95	4	0
TOTAL	10.871		8.011	2.832	28

En este sentido, hospitales sigue casi la misma distribución comentada a nivel global con actuaciones de mejorar sobre medicación, cuidados y accidentes del paciente y en caso de atención primaria y SUMMA 112 se observan algunas especificidades.

Así, en Atención Primaria además del 61% de las actuaciones de mejora que abordan aspectos relacionados con medicación y vacunas, hay otros dos aspectos relevantes relacionados con las actuaciones de mejora sobre dispositivos médicos y pruebas diagnósticas.

En el SUMMA 112 las actuaciones de mejora abordan aspectos relacionados con documentación clínica, gestión organizativa y continuidad asistencial.

Para su difusión y conocimiento por parte de la organización tienen especial interés las prácticas seguras, tanto locales como generalizables que se presentan en los **Anexos III y IV**.

III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO

En los últimos años se ha desarrollado una línea de formación en seguridad del paciente con el objetivo de proporcionar formación en seguridad del paciente a los distintos niveles de profesionales que componen nuestras organizaciones sanitarias utilizando las distintas tecnologías y metodologías de formación de acuerdo con los objetivos estratégicos.

En este apartado se resumen las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas en 2019 y la actividad derivada de los sistemas de notificación, así como otras actuaciones que también contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

- Todos los profesionales, deben tener unos conocimientos básicos sobre los conceptos y la magnitud del problema, sobre los sistemas de notificación y aprendizaje que tienen a su disposición y sobre la implantación de prácticas seguras.
- Los directivos y los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios requieren una formación más específica orientada a la función de liderazgo y apoyo técnico respectivamente.
- Los miembros de las UF, por su parte, requieren una formación técnica que les permita abordar el apoyo al resto de la organización, así como el análisis de los incidentes y la implementación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente.
- Adicionalmente, la comunicación dentro de la organización es un aspecto fundamental para reforzar la cultura de seguridad del paciente y favorecer el aprendizaje a partir de los fallos y errores. Igualmente, los sistemas de notificación de incidentes de seguridad constituyen un pilar del proceso de aprendizaje, que es la base para el impulso de la seguridad del paciente en nuestra organización.

III.1. Actuaciones de formación centralizada en Seguridad del Paciente

En 2019 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las Unidades Funcionales y los Responsables de Seguridad de los servicios y centros de salud, han incluido el diseño y ejecución de **5 actividades diferentes**, de entre 5 y 55 horas de formación, con un total de 8 ediciones en conjunto, proporcionando formación a **un total de 804 alumnos**.

Se han abordado actividades formativas basadas en nuevas tecnologías, como la simulación o los cursos on line, sobre Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios, Resolución de crisis, comunicación de eventos adversos e higiene de manos.

En la siguiente tabla se recogen los diferentes cursos, ediciones realizadas y horas docentes de los mismos.

ACTIVIDADES	Dirigido a:	Asistentes	Fechas
No presenciales (online)			
Seguridad del paciente: Gestión de riesgos sanitarios	Miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y Responsables de Seguridad del Paciente de Unidades/Servicios o centros; tanto de hospitales como de atención primaria y SUMMA 112	201	28/10/2019 al 25/11/2019
Higiene de manos (Ed.1 y 2)	Profesionales sanitarios de centros del Servicio Madrileño de Salud.	406	16/09/2019 al 30/09/2019 18/11/2019 al 29/11/2019
Seguridad del paciente para directivos	Personal directivo de los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Sanidad en general. Responsables de seguridad.	132	7/10/2019 al 18/10/2019
Simulación (IDEhA)			
Comunicación de eventos adversos: herramientas simulación. ed. 1 y 2	Médicos y enfermeras con actividad asistencial en hospitales que posteriormente desarrollen esta actividad formativa en sus centros en calidad de formadores	19	23/05/2019 13/06/2019
Presenciales			
CISEMadrid (Sistema de Comunicación de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación): aplicación práctica en hospitales. Ed 1 y 2.	Usuarios de CISEMadrid, fundamentalmente con el perfil de Responsable de Unidad Funcional de Gestión de Riesgos en la aplicación	46	30/10/2019 06/11/2019

Adicionalmente, otras Unidades Directivas como la SG de Farmacia y Productos Farmacéuticos, así como los propios centros sanitarios, desarrollan actividades formativas en seguridad del paciente, que no están contempladas en este apartado.

III.2. Sistemas de notificación y aprendizaje

Una de las primeras fases del proceso de gestión de riesgos es la identificación de los mismos y como tal se recoge en el Sistema de Actividad de las Unidades Funcionales un apartado en el que cada Gerencia refleja esta los incidentes que se han identificado en el año y las fuentes de información utilizadas para ello.

Así, en el 2019 el **100%** de las Unidades Funcionales disponen de algún **sistema de notificación**; y varias unidades refieren tener diferentes sistemas en un rango que oscila de 1 a 8.

En este sentido, y de forma mayoritaria se encuentra **CISEMadrid, Sistema común de notificación de incidentes y errores de medicación**, que a finales de 2019 estaba implantado en las 7 Direcciones Asistenciales de Atención Primaria y en 33 Hospitales. En 1 hospital no se ha comenzado la implantación y en la Unidad Funcional del SUMMA 12 se han mantenido las primeras reuniones para adaptar el sistema.

La situación actual en relación con el cumplimiento del Objetivo institucional 2019 de implantación de CISEMadrid por hospitales y la metodología de evaluación se resume en el **Anexo V**.

Por otra parte, dentro de la identificación de incidentes se solicita a las Unidades Funcionales información acerca de la existencia de un procedimiento escrito de gestión de las notificaciones; y en este sentido un 95% de las Unidades Funcionales refieren disponer de este procedimiento. Por ámbito asistencial estas cifras se corresponden con un 94% de las Unidades Funcionales de hospitales, el 100% de las Unidades de Atención Primaria y el SUMMA 112.

III.2.1. Notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación en CISEMadrid

CISEMadrid es el sistema electrónico para la notificación anónima y confidencial, por cualquier profesional, de incidentes de seguridad y errores de medicación desde cualquier puesto de la intranet sanitaria. Sustenta el proceso de gestión de incidentes de seguridad y errores de medicación por los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria y Hospitales y Responsables de Seguridad de Servicios y de Unidad en los hospitales. CISEMadrid facilita la incorporación de los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, evitando la duplicidad de estas notificaciones.

En 2019 se han producido **15.932 comunicaciones de Incidentes de Seguridad (IS) y Errores de Medicación (EM)**: el 75% en Atención Hospitalaria (AH) y el 25% en Atención Primaria (AP).

De forma global, la actividad es mayor sobre Incidentes de seguridad (68% de las notificaciones) que sobre Errores de Medicación (32%), sobre todo en Atención Hospitalaria donde se notifican más del doble de IS que de EM; sin embargo, en AP la relación es de 1 a 1. En la siguiente tabla, se señalan los cambios.

Uso de CISEMadrid 2019	Comunicaciones 2019			
	EM	IS	EM + IS	(2019-2018)
AH	3.100	8.782	11.882	(+ 922)
AP	2.062	1.988	4.050	(-109)
Total SERMAS	5.162	10.770	15.932	(+ 813)

ER: Errores de Medicación; IS: Incidentes de seguridad

Respecto a la gestión de las notificaciones, de las 15.932 comunicaciones en 2019, el 78% (12.411) se han identificado como Incidentes de Seguridad o Errores de Medicación (es decir clasificado por tipo de incidente o tipo de error y valorado).

El análisis se ha realizado en el 76% (9.498) de total de los Incidentes de Seguridad (73%) o Errores de Medicación (83%) identificados, nuevamente el porcentaje es superior en los errores de medicación.

Por último, se han validado informes en el 69% de los Incidentes de Seguridad (65%) o Errores de Medicación (75%) identificados, manteniéndose el % de EM con informe validado por encima del de IS.

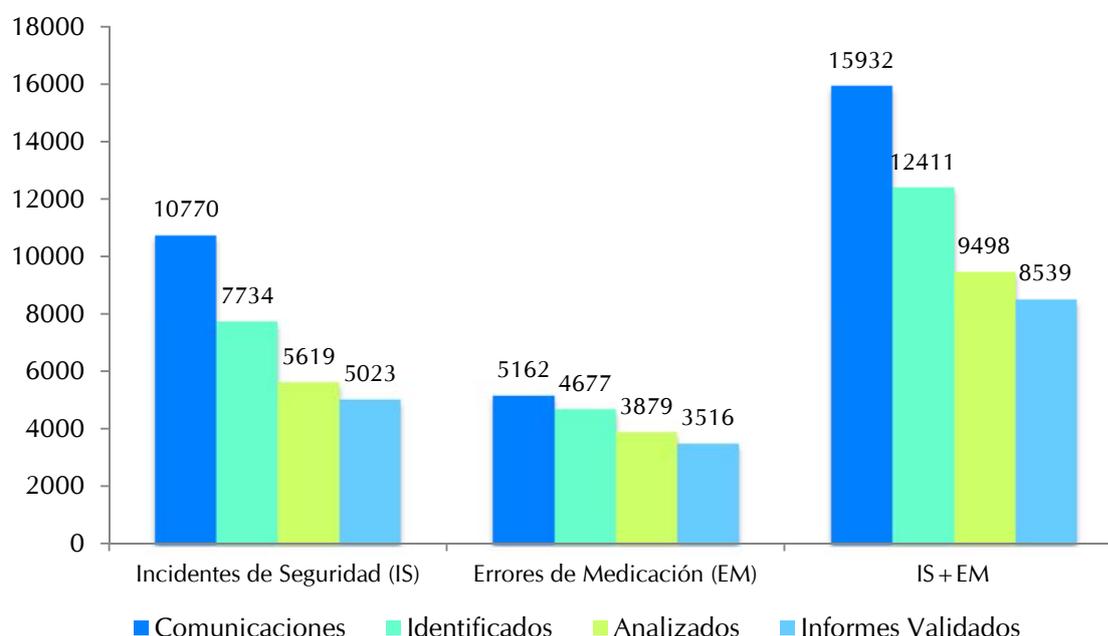
Indicadores gestión de notificaciones 2019

	COMUNICACIONES	Nº IS – EM IDENTIFICADOS	Nº IS – EM ANALIZADOS	Nº IS – EM CON INFORME VALIDADO
Total SERMAS	15.932	12.411	9.498	8.539
Mediana UFGRS	378	285	206	174

En resumen, en comparación con 2018 el porcentaje de comunicaciones, de identificación y de análisis se ha incrementado aproximadamente en un 27%, y ha tenido un aumento de 20% en el caso de informes validados.

En el siguiente gráfico se muestran el nº de Comunicaciones, Identificados, Analizados y Con informe validado, global del Servicio Madrileño de Salud en 2019 para los EM, IS o ambos.

Actividad CISEMadrid 2019



III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el portal de uso seguro de medicamentos⁴ los profesionales sanitarios notifican errores de medicación procedentes de los diferentes ámbitos asistenciales; hospitales, atención primaria, SUMMA112, la red de farmacias centinela, residencias de ancianos y centros sociosanitarios, y del servicio para el suministro de medicamentos extranjeros de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Se notifica de forma anónima. Una gran parte de los errores de medicación que se recibe desde Atención Primaria y Atención Especializada se cargan a través de la aplicación CISEMadrid, donde lo registra el notificador, de modo que facilita su registro en la aplicación, sin duplicar las notificaciones. Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UFGRS, se realizan diferentes actividades con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir estos errores.

⁴<https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>

Durante el año 2019 se han recibido en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos 5.274 notificaciones sobre errores de medicación: 2.816 procedentes de los Hospitales (AH), 1.946 desde Atención Primaria (AP), 21 del SUMMA112, 27 de la Red de Farmacias Centinela (RFC), 217 de las Residencias de Ancianos y centros sociosanitarios públicos y 1 de la industria. Las acciones desarrolladas a partir de estas notificaciones se detallan en el apartado II.1.5 sobre el Uso seguro del medicamento.

III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

La comunicación periódica a la organización del desarrollo de la Estrategia mediante memorias e informes y su presentación en distintas jornadas y reuniones de carácter periódico, así como toda información de interés en materia de seguridad del paciente, es una actividad transversal que redundará en el impulso de la cultura de seguridad y la normalización del uso de esta información en la actividad cotidiana, de los profesionales sanitarios y no sanitarios y de los gestores y directivos de la organización.

Los elementos desplegados han sido principalmente:

- Documentos con información específica de la organización sobre seguridad del paciente, como las **memorias e informes** elaborados desde la Subdirección General de Calidad Asistencial.
- **Jornadas de trabajo** de las Unidades Funcionales que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las Unidades y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información establecido (SIAUF), información sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en SP y experiencias y prácticas seguras planteadas por las Unidades Funcionales.
- Celebración de la “**II Jornada Institucional de Reconocimiento a las Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente en el Servicio Madrileño de Salud**”. En esta segunda convocatoria de Reconocimientos específicos en el ámbito de seguridad del paciente han podido optar al reconocimiento además de las organizaciones y centros sanitarios públicos, también, en esta ocasión, los centros privados que realicen sus actuaciones en el ámbito de la Comunidad de Madrid.
- A nivel interno, se han actualizado los contenidos, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (Responsables de Unidades Funcionales, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Pleno del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Seguridad en el Paciente Quirúrgico, Cirugía Segura, etc.).

En el área de “Calidad y Seguridad del Paciente”, se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales y material de formación. En la siguiente tabla se recoge el detalle de las actuaciones enumeradas en este apartado.

Elementos desplegados para impulsar la comunicación y la difusión del conocimiento científico en seguridad del paciente

DOCUMENTOS

Publicados en el área de Calidad y Seguridad del Paciente de la Intranet corporativa y en los espacios de colaboración

- Memoria de actuaciones 2018 de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 y Plan de Acción 2019-20 para el Comité Operativo de la Estrategia de Seguridad del Paciente
- 2 Informes de actividad de las Unidades Funcionales (semestral y anual) presentados en las Jornadas de trabajo
- Plan de acción Estrategia con cronograma de actuaciones previstas para 2019 y 2020
- Memoria de actuaciones del Día mundial de higiene de manos 2019
- Informe por centro de evaluación de indicadores de higiene de manos 2018
- Manual de usuario del sistema de notificación CISEMadrid

Publicados en el Portal Salud de internet (Observatorio Regional de Seguridad del Paciente)

- Memoria de Actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente 2018
<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-regional-seguridad-paciente>
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20202>

JORNADAS

- 2 Jornadas (semestral y anual) de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
- Jornada II Reconocimiento a la Mejores Prácticas en Seguridad del Paciente en el Servicio Madrileño de Salud. Hospital U. Ramón y Cajal (18 de diciembre)
- Día Mundial de higiene de manos-seguridad del paciente. H. La Princesa (9 de mayo)
- Acto público de entrega de reconocimientos a los finalistas y ganadores del concurso de dibujo infantil (13 de junio)

PORTAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE en la INTRANET CORPORATIVA

- Informes y memorias
- Material de promoción de cultura de seguridad y prácticas seguras de las Unidades Funcionales
- Noticias y novedades
- Material de formación de las Unidades Funcionales

OBSERVATORIO DE RESULTADOS

Incluye indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente (además de otros indicadores de estructura, actividad, calidad y resultados) de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y Estado de Salud de la población.

Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013.

<http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>



ANEXOS

I. Descripción Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2019

HOSPITALES

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización:

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
1.1. IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO	Nº de objetivos establecidos	Al menos los objetivos prioritarios que sean de aplicación	Objetivos prioritarios: -Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias - Desarrollar actuaciones para promover el uso seguro de radiaciones ionizantes -Participar las UFGRS en el estudio ESHMAD -Elaborar mapas de riesgos en los servicio de urgencias	Alcanzado 100% si se desarrollan los objetivos prioritarios.
1.2. PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD"	Nº de rondas de seguridad	Excelencia: • Grupo 3: 8 rondas; • Grupos 1,2: 7 • Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 5 Al menos en: radiodiagnóstico-radiología intervencionista, UCI, urgencias y bloque QX.	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas	Excelencia: 100% si se cumplen todas las rondas establecidas, incluyendo las de las áreas prioritarias. 12,5% de cumplimiento cada ronda en grupo 3. 14% de cumplimiento cada ronda en grupos 1,2. 20% de cumplimiento por cada ronda en resto de hospitales
1.3.IMPLANTACIÓN CISEMADRID	Nº de incidentes de seguridad y errores de medicación con informe validado	Apoyo, Media estancia y Psiquiátricos: 36 (nº mínimo de IS-EM con informe validado) Grupo 1: 90 Grupo 2: 120 Grupo 3: 150	El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización para la identificación y emisión de informes validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis	Excelencia: 100% de cumplimiento si nº de IS-EM con informe validado >= a nº mínimo establecido según grupo de hospital. Cumplimientos parciales de acuerdo con el % de IS-EM con informes validados realizados por el centro con respecto al nº establecido

Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA. (RESISTENCIA ZERO E ITU ZERO)	Nº de pacientes infectados o colonizados con BMR durante el ingreso x 100/ Nº total de pacientes ingresados	Excelencia 100%: <=3%	De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)	Excelencia 100% si <=3% 75% si <=5% 25% si >5% pero mejora con respecto a resultado 2018
	Nº de episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral/ Nº total de días de sondaje	Excelencia: ≤ 2,5 episodios de ITU-SU / 1000 días de SU	ITU-SU: Infección del tracto urinario asociada a sonda uretral De aplicación en las UCI de adultos. En periodo ENVIN (meses de abril, mayo y junio)	Excelencia 100% si ≤2,5 50% si 2,6 -5 25% si >5 pero mejora con respecto a resultado 2018
2.2. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR HIGIENE DE MANOS	Nivel de reconocimiento tras la aplicación del marco de autoevaluación y mejora de la OMS	Excelencia: nivel avanzado con la puntuación obtenido de autoevaluación OMS	Autoevaluación a través de la herramienta de la OMS en Excel. Formulario OMS.	Excelencia 100% si nivel avanzado; 90% si nivel intermedio 50% si nivel básico; 25% si nivel inadecuado
2.3. DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO: Implantación del listado de verificación quirúrgica y del proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)	Nº de historias clínicas con listado de verificación quirúrgica / Nº de historias clínicas evaluadas X 100	Excelencia: >=95%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra representativa de historias clínicas en intervenciones quirúrgicas programadas.	Excelencia 100% de cumplimiento si >=95% intervenciones con LVQ 90% Si 90-94% con LVQ; 80% Si 80-89%; 50% Si 60-79% 25% si <60% pero mejora 5 ptos. con respecto a resultado 2018
	% de unidades/servicios quirúrgicos en los que están implantadas las 3 medidas obligatorias IQZ			



ATENCIÓN PRIMARIA

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización:

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Cumplimientos de criterio
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE "RONDAS DE SEGURIDAD"	<i>Nº de rondas realizadas en centros de salud de la DAS</i>	<i>Excelencia: 10 rondas por Dirección Asistencial (DAS)</i>		

Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Cumplimientos de criterio
DESARROLLO DE ACTUACIONES PARA MEJORAR HIGIENE DE MANOS	<i>Nivel de reconocimiento tras la aplicación del marco de autoevaluación y mejora de la OMS</i>	<i>Excelencia: nivel intermedio con la puntuación obtenido de autoevaluación OMS</i>		

SUMMA 112

Objetivo 1: Desplegar la seguridad del paciente en la organización:

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Cumplimientos de criterio
IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Nº de objetivos establecidos	Al menos los objetivos prioritarios que sean de aplicación	Objetivos prioritarios: Desarrollar actuaciones para evitar o reducir las prácticas innecesarias	Alcanzado 100% si se desarrollan los objetivos prioritarios.
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE A TRAVÉS DE "RONDAS DE SEGURIDAD"	Nº de rondas de seguridad	Excelencia: Al menos 1 ronda por cada Unidad Funcional del SUMMA	Reuniones o visitas a los centros con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.	Excelencia: Alcanzado 100% si 1 o más rondas en 100% Unidades Funcionales Cumplimientos parciales de acuerdo al % de Unidades Funcionales que alcancen la meta

Objetivo 2: Impulsar prácticas seguras

INDICADOR	Fórmula	META	INFORMACIÓN ADICIONAL	Cumplimientos de criterio
AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS	Nivel de reconocimiento	Excelencia: nivel avanzado puntuación obtenido de autoevaluación OMS	Autoevaluación a través de la herramienta de la OMS en Excel. Formulario OMS. Verificado S.G. Calidad Asistencial.	Excelencia 100% si nivel avanzado; 90% si nivel intermedio 50% si nivel básico; 25% si nivel inadecuado

II. Factores relacionados con incidentes analizados por Unidad Funcional

Hospitales Grupo 1:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. EL ESCORIAL	H. U. HENARES	H. U. INFANTA CRISTINA	H. U. INFANTA ELENA	H. U. TAJO	H. U. SURESTE
Gestión organizativa /Citaciones	17	87	61	9	32	32
Infraestructuras	1	11	1	3	13	9
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	20	9	24	13	46	11
Identificación del paciente	11	4	7	5	4	4
Actividades preventivas	3	79	0	0	2	5
Valoración clínica/diagnóstico	0	4	0	6	6	5
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	6	1	0	5	7	5
Pruebas diagnósticas	27	17	65	26	17	8
Infección relacionada con la atención sanitaria	1	102	0	13	0	20
Medicación / vacunas	0	55	93	50	35	54
Sangre y hemoderivados	2	16	1	4	1	1
Procedimientos quirúrgicos	4	10	0	6	0	1
Procedimientos terapéuticos	8	5	14	7	5	2
Accidentes del paciente	0	1	3	1	0	0
Continuidad asistencial	0	6	0	10	0	12
Cuidados y seguimiento del paciente	8	309	29	309	4	5
Otros	1	0	1	6	0	1
Total general	109	716	299	473	172	175



Hospitales Grupo 2:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. INFANTA LEONOR	H. U. INFANTA SOFÍA	H. U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	H. U. FUENLABRADA	H. U. GETAFE	H. U. MÓSTOLES
Gestión organizativa /Citaciones	28	11	20	9	15	9
Infraestructuras	5	0	0	6	1	0
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	31	32	18	8	47	63
Identificación del paciente	10	41	15	7	9	4
Actividades preventivas	2	0	5	0	8	8
Valoración clínica/diagnóstico	2	0	10	0	0	6
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	2	0	10	0	4	0
Pruebas diagnósticas	0	11	10	6	11	8
Infección relacionada con la atención sanitaria	16	6	0	0	5	163
Medicación / vacunas	93	59	131	0	69	77
Sangre y hemoderivados	15	6	10	2	1	13
Procedimientos quirúrgicos	16	7	33	6	4	3
Procedimientos terapéuticos	8	2	10	3	5	10
Accidentes del paciente	2	5	2	73	124	85
Continuidad asistencial	2	11	2	1	30	28
Cuidados y seguimiento del paciente	209	7	451	393	66	147
Otros	0	0	0	2	25	0
Total general	441	198	727	516	424	624



FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H.U. PRÍNCIPE ASTURIAS	H. U. SEVERO OCHOA	H.C. D. GÓMEZ ULLA	H. U. TORREJÓN	H.U. REY JUAN CARLOS	H.G. VILLALBA	H.I.U. NIÑO JESÚS
Gestión organizativa /Citaciones	9	1	5	56	8	8	10
Infraestructuras	20	6	6	0	1	2	1
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	70	5	3	26	35	20	28
Identificación del paciente	10	2	16	6	12	2	4
Actividades preventivas	13	0	0	0	2	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	11	0	3	2	6	9	2
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	47	36	8	1	10	10	7
Pruebas diagnósticas	104	2	3	27	38	12	18
Infección relacionada con la atención sanitaria	46	25	18	0	22	23	2
Medicación / vacunas	192	47	10	39	100	15	28
Sangre y hemoderivados	8	0	5	8	4	0	13
Procedimientos quirúrgicos	5	1	3	4	4	10	0
Procedimientos terapéuticos	15	0	3	3	32	21	5
Accidentes del paciente	163	0	71	0	3	108	1
Continuidad asistencial	8	4	1	0	14	3	0
Cuidados y seguimiento del paciente	704	4	66	24	308	104	30
Otros	0	0	0	0	43	0	0
Total general	1425	133	221	196	642	347	149



Hospitales Grupo 3:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. U. FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	H. U. 12 OCTUBRE	H. U. CLÍNICO SAN CARLOS	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN	H. U. LA PAZ	H. U. LA PRINCESA	H. U. PUERTA DE HIERRO	H. U. RAMÓN Y CAJAL
Gestión organizativa /Citaciones	7	27	6	216	44	36	34	17
Infraestructuras	0	21	2	50	11	18	0	12
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	19	20	8	141	18	36	9	29
Identificación del paciente	6	40	28	96	11	33	4	12
Actividades preventivas	2	3	1	81	118	7	0	1
Valoración clínica/diagnóstico	0	27	4	26	30	0	4	2
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	2	36	3	125	20	11	4	5
Pruebas diagnósticas	17	17	46	96	57	5	254	73
Infección relacionada con la atención sanitaria	1	15	0	54	0	15	11	0
Medicación / vacunas	266	61	0	260	1227	274	155	56
Sangre y hemoderivados	47	2	0	6	8	25	1	0
Procedimientos quirúrgicos	5	25	2	32	52	9	3	4
Procedimientos terapéuticos	14	51	0	190	74	0	1	7
Accidentes del paciente	10	747	308	45	3	195	1	2
Continuidad asistencial	4	114	2	106	60	15	5	5
Cuidados y seguimiento del paciente	623	100	324	134	82	177	21	9
Otros	13	2	5	68	50	0	2	0
Total general	1036	1308	739	1726	1865	856	509	234



Hospitales apoyo y media estancia:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. C. CRUZ ROJA	H. U. SANTA CRISTINA	H. GUADARRAMA	H. LA FUENFRÍA	H. VIRGEN POVEDA	I.P. JOSÉ GERMAIN	H. DR. RODRÍGUEZ LAFORA
Gestión organizativa /Citaciones	4	17	0	0	23	1	5
Infraestructuras	4	0	1	0	5	44	10
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	12	9	1	0	4	0	0
Identificación del paciente	2	6	6	0	0	0	0
Actividades preventivas	0	0	3	0	1	2	0
Valoración clínica/diagnóstico	3	1	0	0	0	2	0
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	4	12	2	0	1	1	1
Pruebas diagnósticas	10	0	6	0	5	0	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	1	0	0	0	0	0
Medicación / vacunas	0	6	86	15	69	25	10
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	1	0	0	0	1	0	0
Accidentes del paciente	0	19	3	45	0	3	340
Continuidad asistencial	0	0	4	0	0	0	0
Cuidados y seguimiento del paciente	2	83	16	1	6	26	361
Otros	0	0	2	0	0	3	1
Total general	42	154	130	61	115	107	728



Atención Primaria y SUMMA:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	D. A. CENTRO	D. A. NORTE	D. A. ESTE	D. A. SURESTE	D. A. SUR	D. A. NOROESTE	D. A. OESTE	SUMMA
Gestión organizativa /Citaciones	18	7	27	16	34	15	19	17
Infraestructuras	22	18	21	18	25	12	35	0
Disposit. médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	19	10	29	35	16	29	68	20
Identificación del paciente	15	17	23	23	32	17	12	7
Actividades preventivas	0	0	0	2	1	0	1	0
Valoración clínica/diagnóstico	0	1	5	5	0	0	2	9
Doc. clínica/ información/ consentimiento informado	24	3	12	9	0	5	13	2
Pruebas diagnósticas	20	40	37	15	26	20	20	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0
Medicación / vacunas	271	182	225	223	246	279	219	9
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos terapéuticos	1	1	7	1	0	1	3	4
Accidentes del paciente	0	2	1	0	0	0	0	7
Continuidad asistencial	48	4	20	14	37	22	8	21
Cuidados y seguimiento del paciente	1	0	3	1	1	0	0	10
Otros	0	4	0	0	0	0	0	4
Total general	439	289	410	362	418	400	400	110

III. Recomendaciones de Seguridad Generalizables en 2019

Recomendaciones relacionadas con ACTIVIDADES PREVENTIVAS				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Pasos para una vacunación segura en la prevención de la gripe	La herramienta más eficaz para prevenir la transmisión de la gripe y sus efectos perjudiciales en la salud es la VACUNACIÓN ANUAL. En España, durante la temporada 2018-2019, la cobertura vacunal entre los profesionales sanitarios fue del 33,9%	Dado la baja tasa de vacunación se recuerda los grupos de riesgo que se consideran en la CM y en los que se recomienda la vacunación antigripal. Además se recuerdan los pasos para una vacunación segura.	Todos los profesionales de la GAAP	Dirección Asistencial SURESTE
Establecimiento de una alerta de medicamento	Administración del medicamento en mg y no en gotas.	Se ha incluido en Selene una alerta de medicamento "Cada gota contiene 0,1mg de clonazepam. Se recomienda la administración en mg y no en gotas en el principio activo clonazepam para evitar errores de administración.	Servicio de Farmacia	H.U. FUENLABRADA
Señalizar al paciente con riesgo de caída tipo III	Alto riesgo de caídas en estos pacientes	Informar al personal del registro de caídas y señalar con el cartel específico para ello en la cabecera del paciente para que sea muy visual para todo el personal y sus acompañantes	Hospitalización cardiología	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Formación en RCP	Riesgo de PCR en pacientes	Formación del personal en RCP pediátrico.	Rehabilitación Infantil	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Implicación familias	Incidentes de seguridad	Implicación de las familias en pacientes en proceso de destete para evitar extubaciones accidentales	Personal sanitario UCI	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Protocolo de sujeción	No uniformidad en sujeciones en el hospital	Se desarrolla un protocolo transversal de sujeción	Todo el Hospital	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN
Cambio en hoja de asignación (durante horario de guardia) de leche materna donada de la UNP	No se registraba el cambio	Cambio en hoja de asignación (durante horario de guardia) de leche materna donada de la UNP	Unidad de Nutrición Personalizada	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN

Recomendaciones relacionadas con ACTIVIDADES PREVENTIVAS				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Prevención del Síndrome compartimental agudo en miembro sano durante el acto quirúrgico	Su aparición supone una situación grave con amplias repercusiones funcionales, pudiendo llegar a la pérdida del miembro afectado e incluso pudiendo producir la muerte del paciente. Sin embargo, se puede solucionar si se detecta en su etapa inicial.	Protocolo de prevención para conocer la importancia en el posicionamiento quirúrgico seguro para el paciente, conocer las causas que desencadenan el síndrome compartimental y evaluaciones periódicas de las acciones de mejora propuestas	--	H. EL ESCORIAL
Recomendaciones relacionadas con ACCIDENTES DEL PACIENTE				
Grupo de análisis de caídas	Grupo constituido para hacer y valorar recomendaciones y dispositivos, así como el seguimiento	1/Grupo multidisciplinar2/ Recomendaciones	Unidades de hospitalización	H. U. LA PRINCESA
Recomendaciones relacionadas con CONTINUIDAD ASISTENCIAL				
Verificación para traslado seguro de pacientes	Incidente de seguridad por no cumplir requisitos para traslado seguro	Elaboración nueva hoja de verificación y difusión y formación	Unidad de Cuidados Paliativos	H.U. GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE				
Listado verificación de medicamentos en pacientes con varios cuidadores	Existen pacientes que son atendidos en su domicilio por distintos cuidadores. Si surgen fallos de comunicación entre ellos, pueden darse errores de medicación por omisión o duplicidad de dosis.	Para facilitar el trabajo de los cuidadores e incrementar la adherencia y seguimiento domiciliario de los pacientes en tratamiento con MAR, se ha adaptado un listado de verificación de administración	Todos los profesionales de la GAAP	Dirección Asistencial SURESTE
Atención a pacientes sedados e intubados en el Servicio de Cuidados Intensivos	Los pacientes intubados están expuestos al riesgo de extubación accidental	Revisión de los procedimientos "Delirio en UCIP" (CIP-PT-071) y "Sedación en UCIP" (CIP-PT-069) implantado en Cuidados Intensivos : 1. inclusión como constante la valoración de la escala de delirio; 2. mejorar la monitorización del paciente sedado	Todos los pacientes ingresados en UCIP con sedación/delirio y que precisan intubación endotraqueal	H. I. U. NIÑO JESÚS

Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Atención al paciente en el Servicio de Urgencias	Diversidad en los programas informáticos no integrados actualmente para los pacientes atendidos en urgencias	Elaboración y difusión de procedimiento de enfermería para los cuidados en el área asistencial de urgencias	Todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias	H. I. U. NIÑO JESÚS
Seguridad alimentaria	Falta de protocolización en la petición de la dieta del paciente	Diseño y elaboración de procedimientos de trabajo para definir la sistemática en la petición de la dieta y verificación de alérgenos, comprobación de la bandeja del menú	Desde la petición de la dieta del paciente hasta la entrega de la bandeja del menú a paciente	H. I. U. NIÑO JESÚS
Atención al paciente psiquiátrico	Falta de protocolización en la contención mecánica de los pacientes	Diseño y elaboración de procedimiento reforzando aspectos de seguridad en la contención mecánica de los pacientes hospitalizados	Todos los pacientes de psiquiatría atendidos en el Hospital	H. I. U. NIÑO JESÚS
Cuidados de enfermería pacientes portadores de SNG/ trasplórica	Protocolo no adecuado a historia electrónica y necesidad de capacitación al personal de enfermería	Revisión y actualización de los protocolos de enfermería con impartición de talleres formativos por las Unidades de enfermería	Todos los pacientes portadores de sonda nasogástrica /duodenal	H. I. U. NIÑO JESÚS
Código Sepsis	Mejora del diagnóstico y tratamiento de la sepsis	Creación del comité de sepsis y desarrollo del procedimiento del código sepsis	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Decálogo de seguridad para personal de nueva incorporación	Falta de conocimientos de seguridad en el personal de nueva incorporación	Presentación con 10 recomendaciones	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Empoderamiento pacientes de H. de día medico	Mejora de conocimientos de pacientes y enfermería	Presentación	Enfermería y pacientes HDM	H. U. INFANTA CRISTINA
Pulsera indicativa de alergia	1/ Incidente relacionado con alergia 2/ Elaborar material formativo 3/ Disponer de un dispositivo indicador que obligue confirmar la especificidad de la alergia	1/ elaborar una propuesta para llamar la atención sobre ALERGIAS, ya que se detectan de manera mejorable en el programa de prescripción y dispensación identificar dispositivo 2/ buscar dispositivo 3/ elaborar circuito y recomendaciones	Unidades asistenciales de hospitalización, hospitales de día, ambulantes y urgencias	H. U. LA PRINCESA

Recomendaciones relacionadas con CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Talleres de movilización y manejo del paciente	Para que el personal sanitario aprenda la forma correcta de movilizar al paciente para evitar ocasionar posibles lesiones por mal manejo y también prevenir que el personal se haga daño al hacer dichas movilizaciones	Talleres teórico prácticos para que el personal sanitario aprenda la forma correcta de movilizar al paciente para evitar ocasionar posibles lesiones por mal manejo y también prevenir que el personal se haga daño al hacer dichas movilizaciones	TCAES y Celadores	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Elaboración de información para pacientes	A los pacientes se les entregaba hojas informativas fotocopiadas , algunas obsoletas, poco legibles e información no actualizada	Se ha revisado todas las hojas informativas, se ha actualizado su contenido, se han normalizado y se han sido aprobadas por el CTCI	Hasta el momento actual se han editado 12 dípticos /trípticos /hojas informativas para pacientes y familiares con recomendaciones cuidados y de seguridad	H. U. MÓSTOLES
Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO				
Uso seguro de electrobisturías en AP	Aunque se trata de una técnica segura, la utilización de electrobisturías no está exenta de riesgos.	El paciente no debe entrar en contacto con piezas metálicas con toma de tierra, como camilla metálica, soportes, etc.	Todos los profesionales que realizan electrocirugía	Dirección Asistencial NORTE
Uso seguro de las cámaras de inhalación en AP	Se había detectado un uso inadecuado de las cámaras en los centros, pues a pesar de que son de uso individual para cada paciente, en ocasiones se reutilizaban tras un lavado, en otras ocasiones se desinfectaban.... Desde la GAAP se decidió comprar cámaras	A pesar de la elaboración del procedimiento surgieron muchas dudas y preguntas en relación al uso adecuado de las cámaras , por tanto se intenta recalcar los mensajes más importantes	Todos los profesionales de AP	Dirección Asistencial CENTRO
Seguridad en dispositivos móviles críticos: busca de parada, gestor del triaje	Falta de protocolización el mantenimiento del uso de estos dispositivos	Diseño e implantación del procedimiento de trabajo en el Servicio de Cuidados Intensivos y el Servicio de Urgencias	Dispositivo móvil: busca de parada de UCIP y gestor de triaje de Urgencias	H. I. U. NIÑO JESÚS
Seguridad en instalaciones de las U. de Enfermería del Sº de Psiquiatría y Psicología	Falta de mantenimiento preventivo en las instalaciones de forma planificada	Diseño de calendario de mantenimientos preventivos de forma planificada en cámaras, puerta de acceso, ordenadores...	Unidades de Enfermería de psiquiatría	H. I. U. NIÑO JESÚS

Recomendaciones relacionadas con DISPOSITIVOS MÉDICOS/ EQUIPAMIENTO				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Utilizar muebles individuales para preparar la medicación de cada paciente	Preparación de medicación conjunta, con el riesgo de error de identificación que conlleva	Se establece que la medicación de cada paciente se prepare de manera individual, utilizando un mueble distinto, evitando así errores	Hospitalización	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Formación dispositivos UCI	Incidentes de seguridad	Formación sobre la utilización de los sistemas de medición de PIC	Personal enfermería UCI	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Formación dispositivos UCI	Incidentes de seguridad	Formación sobre los nuevos monitores, control de alarmas y verificación del check-list de comienzo de turno	Personal enfermería UCI	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Seguridad en el lavado vesical	Existencia de dispositivos de lavado vesical con posibilidad de conexión a la vía venosa	Adquisición de sistemas de lavado vesical con imposibilidad de conexión a vía venosa	Todo el Hospital	H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS
Manejo de la jeringa Luer Lock del kit de extracción de muestras de sangre arterial Pro-Vent	Aumento de notificaciones de incidentes de seguridad	Contacto con el fabricante que facilitó instrucciones sobre la correcta manipulación de estas jeringas.		H. U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS
Recomendaciones relacionadas con GESTIÓN ORGANIZATIVA/ CITACIONES				
Protocolo de gestión de Interrupciones en las UAU	Las interrupciones en las Unidades de Atención al Usuario también pueden constituir un riesgo para la seguridad del paciente.	Se recomienda que cada Centro de Salud seleccione las acciones de mejora que mejor se adapten a su situación de la lista de acciones que se adjunta como «Protocolo».	Profesionales de los CS de la DA Oeste	Dirección Asistencial OESTE
Atención al paciente en el Servicio de Urgencias	Diversidad en los programas informáticos no integrados actualmente para los pacientes atendidos en urgencias	Designación de un único facultativo responsable dentro del box de observación en cada turno como gestor del caso que unifique los criterios clínicos del paciente	Todos los pacientes atendidos en el box de observación del Servicio de Urgencias	H. I. U. NIÑO JESÚS

Recomendaciones relacionadas con GESTIÓN ORGANIZATIVA/ CITACIONES				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Acogida en las Unidades de enfermería	Revisión del protocolo de acogida con refuerzo en aspectos de seguridad y en los registros en HCIS	Revisión del protocolo e impartición de talleres formativos en HCIS	Todos los pacientes hospitalizados en las Unidades de Enfermería	H. I. U. NIÑO JESÚS
Atención a los pacientes que precisen prestación de radiología simple	Variabilidad en el proceso de radiología simple por la diversidad en relación a la modalidad de prestaciones: paciente externo, ingresado, urgente...	Creación de grupo de trabajo para reingeniería del proceso	Servicio de Diagnóstico por Imagen	H. I. U. NIÑO JESÚS
Atención a los pacientes que precisen prestación de radiología simple	Mejorar la citación en radiología simple	Diseño de manual operativo y la impartición de taller formativo al personal administrativo	Servicio de Diagnóstico por Imagen y Servicio de Admisión	H. I. U. NIÑO JESÚS
Atención a los pacientes que precisen prestación de radiología simple	Mejorar la prescripción en radiología simple	Comunicar a nivel general la importancia en esta parte del proceso e impartir sesión formativa en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología con alta rotación de residentes	Servicio de Diagnóstico por Imagen	H. I. U. NIÑO JESÚS
Proceso de asepsia, limpieza y desinfección en el bloque quirúrgico	Asegurar el proceso de limpieza, desinfección y asepsia en el bloque quirúrgico	Designación de enfermera en puesto de responsable de equipamiento en el bloque quirúrgico	Personal de enfermería del Bloque Quirúrgico	H. I. U. NIÑO JESÚS
Cambio en el circuito de prescripción/ elaboración-etiquetado/ dispensación del colirio de suero autólogo.	Errores en la atención sanitaria	Se han añadido mejoras en el circuito de prescripción/ elaboración-etiquetado/ dispensación del colirio de suero autólogo.	Servicio de Farmacia y Servicio de Oftalmología	H. U. FUENLABRADA
Mejora circuito de alta en pacientes con movilidad reducida	Retraso en el alta de estos pacientes	Mejora en el circuito para agilizar las altas de pacientes con movilidad reducida	Todo el hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN

Recomendaciones relacionadas con IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Mejora de la identificación del paciente en el centro de salud	Aunque los errores de identificación parecen no tener un elevado impacto en el paciente y la probabilidad de detectar el error antes de que tenga consecuencias es muy alta, su elevada frecuencia justifica la generalización de medidas para tratar de evitar	Se recogen medidas dirigidas a profesionales, pacientes y cuidadores, y se elabora un cartel ya aprobado e impreso con mensajes para los pacientes que se colocará en diferentes espacios de todos los centros y consultorios	Todos los centros de salud, sus profesionales y los pacientes	Dirección Asistencial SUR
Acogida del paciente en el Sº de Diagnóstico por Imagen	Falta de protocolización en la acogida del paciente en el TC y RM	Diseño y elaboración de procedimientos reforzando aspectos de seguridad en la identificación del paciente	Todos los paciente atendidos en el TC y la RM	H. I. U. NIÑO JESÚS
Pérdida de información en la historia clínica del paciente	Duplicaciones de historia clínica	Contar con información fidedigna de tal forma que la HC refleje el paso real del paciente por el hospital, así como sus datos actualizados.	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Impresión de etiquetas de medicación cuando se aplica el protocolo de identificación inequívoca al paciente a su llegada	Se imprimía antes de la llegada del paciente y había habido algún incidente relacionado	Impresión de etiquetas de medicación una vez que se aplica el protocolo de identificación inequívoca al paciente a su llegada a la Unidad.	Hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA				
Antisepsia pre quirúrgica de manos con solución hidroalcohólica	Tradicionalmente se ha utilizado povidona jabonosa o clorhexidina jabonosa (como Hibiscrup 40 mg/ml) para realizar la antisepsia pre quirúrgica (cirugía menor en AP) pero la evidencia científica actual aconseja reemplazarlas por soluciones hidroalcohólica	Se establecen las recomendaciones de cómo realizar el lavado de manos antes de realizar una cirugía menor en AP y cuál es la técnica apropiada para realizarlo con solución hidroalcohólica	Todos los profesionales de AP	Dirección Asistencial CENTRO

Recomendaciones relacionadas con INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Proceso de asepsia, limpieza y desinfección en el bloque quirúrgico	Revisión del Pliego de limpieza vigente para la determinación de la limpieza según los momentos quirúrgico	Revisión de las medidas de limpieza dentro del quirófano acorde a Pliego de limpieza vigente con la determinación de tareas entre el personal auxiliar del Bloque Qx y personal de limpieza	Bloque Quirúrgico	H. I. U. NIÑO JESÚS
Lencería desechable	Uso de pañeado no desechable en las cirugías de ortopedia y traumatología y detección de no conformidad en la calidad de la limpieza de la lencería de color	Revisión de la sistemática de trabajo en el Sº de Lencería y en el Sº de Esterilización y la sustitución progresiva de lencería desechable en el Bloque Qx	Pacientes con extracción de material de cirugía ortopédica y traumatología	H. I. U. NIÑO JESÚS
Proceso de asepsia, limpieza y desinfección en el bloque quirúrgico	Falta de protocolización en el mantenimiento, uso, limpieza y desinfección del equipamiento y material del bloque Qx con validación del Sº de Medicina Preventiva	Desarrollo de procedimientos de trabajo con sesiones y talleres formativos al personal auxiliar del bloque quirúrgico	Bloque Quirúrgico	H. I. U. NIÑO JESÚS
Neumonías por aspiración iatrogénicas.	En la atención de pacientes con disfagia, se producen neumonías por aspiración iatrogénicas, por falta de conocimientos o supervisión en la administración de alimentos a estos pacientes.	Formar a los profesionales en la correcta dieta y forma de administración, así como de supervisión en la alimentación de pacientes con disfagia.	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Control de la ITU	ITU por mantenimiento prolongado de la sonda	Crear alertas sobre la permanencia de sonda urinaria	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Desinfección endoscopias	Adaptación de protocolo previo	Prevenir la transmisión de infecciones o colonizaciones por fallos en la descontaminación de endoscopia flexible	Digestivo	H. U. INFANTA CRISTINA
Recomendaciones relacionadas con INFRAESTRUCTURAS				
Atención a los pacientes que precisen prestación de radiología simple	Variabilidad en el proceso de radiología simple por la diversidad en relación a la modalidad de prestaciones: paciente externo, ingresado, urgente...	Mejorar la señalización la señalización desde el Sº de Urgencias hasta la sala de espera de radiología, TC y resonancia	Sº de Diagnóstico por Imagen	H. I. U. NIÑO JESÚS
Separación en el Almacén del Sº de Farmacia	Mejorar el circuito de actuación	Separación en almacén del Sº de Farmacia de los diferentes tipos de infusores indicando con un cartel la capacidad de volumen y ritmo de infusión de cada uno	Servicio de Farmacia	H. U. FUENLABRADA

Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN/ VACUNAS				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Guía de utilización de medicamentos del catálogo	Disponer de esta guía en los puntos de actuación garantizará un acceso rápido y de calidad a la información sobre el manejo adecuado de los medicamentos en Atención Primaria.	Se recomienda que cada Centro de Salud realice una sesión formativa de la Guía de utilización de medicamentos de Atención Primaria sobre la indicación, dosis, peculiaridades, ... de los medicamentos disponibles y utilizados en su centro	Todos los profesionales de los centros de salud	Dirección Asistencial NORTE
Actualización del proceso de Inmunización segura en Atención Primaria	En 2015 ya se elaboró una RSG basada en el documento de "Inmunización segura en AP," que posteriormente se actualizó en 2017.	Se han actualizado todos los subprocesos en función de nuevos problemas detectados y tras la implantación de los registradores continuos de temperatura para los expositores de vacunas (termógrafos)	Todos los profesionales de AP	Dirección Asistencial CENTRO
Gestión de medicamentos estupefacientes en el CS	Se han detectado errores en la gestión de estupefacientes en los centros de salud relacionados con la petición, recepción, registro, almacenaje y devolución de ampollas de cloruro mórfico 1%.	Recomendaciones sobre cómo se solicitan, cómo se receptionan y registran, cómo se almacenan y cómo se devuelven	Profesionales de los CS de la DA Oeste	Dirección Asistencial OESTE
Revisión de las condiciones de conservación de medicación en domicilio Ed. 2	Muchos pacientes acumulan medicamentos en su domicilio, lo que puede dar lugar a errores de medicación (diferentes marcas y genéricos de un mismo principio activo, nombres similares, similitud de envases, etc.).	Recomendaciones a familiares, pacientes y hoja de verificación de conservación de medicamentos en domicilio	Profesionales y pacientes de los CS de la DA Oeste	Dirección Asistencial OESTE
Edición II Suplementación Vit D en niños y adultos	Existen un elevado número de presentaciones comerciales de vitamina D en el mercado, con concentraciones, formas farmacéuticas y posología diferente. Una supra dosificación de vitamina D puede ocasionar daño en el paciente.	Se establecen las recomendaciones actuales de suplementación. Se describen las distintas presentaciones comerciales con su forma farmacéutica, concentración y posología para adultos y niños.	Profesionales de los CS de la DA Oeste	Dirección Asistencial OESTE
Prescripción de medicamentos a pacientes alérgicos a los mismos	Son múltiples las notificaciones de errores de medicación en los que se prescribe un medicamento al que el paciente es alérgico, estando registrada dicha alergia en la HC informatizada del paciente	Teniendo en cuenta la gravedad y la frecuencia del problema, es necesario poner en marcha acciones de mejora para minimizar este riesgo.	Todos los profesionales de la GAAP	Dirección Asistencial SURESTE

Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN/ VACUNAS				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Manejo de antidotos en los centros de salud	Se han notificado errores de medicación relacionados con el uso inadecuado de los antidotos flumazenilo y naloxona, disponibles en los botiquines de urgencias de los centros de salud.	Se recuerdan a los profesionales los criterios de uso de los antidotos disponibles en los CS, en el contexto de intoxicación o sobredosificación por fármacos. Se realizan una serie de recomendaciones con el objetivo de prevenir errores	Todos los centros de salud y sus profesionales	Dirección Asistencial SUR
Seguridad administración quimioterapia	Implantado en el Sº de Oncohematología el doble chequeo en la administración de quimioterapia por 2 enfermeras	Incluir el doble chequeo para la verificación del ritmo de infusión en la administración prolongada de quimioterapia	Todas las quimioterapias de administración en 24/48 horas	H. I. U. NIÑO JESÚS
Almacenamiento fármacos en el Sº de Farmacia	Implantada metodología para la recepción y almacenamiento de productos en el Servicio de Farmacia	Mejorar las condiciones del almacén general en el Servicio de Farmacia para identificar y segregar productos	Almacén general Servicio de Farmacia	H. I. U. NIÑO JESÚS
Seguridad en la administración de medicación	Adecuación del procedimiento	Revisión del protocolo de profilaxis antibiótica con inclusión de aspectos en la administración de medicación	Todos los pacientes con administración de medicamentos	H. I. U. NIÑO JESÚS
Protocolo de señalización de vías de administración	Errores de medicación derivados de la mala señalización de las vías de administración	Difusión e implementación del protocolo sobre señalización de vías de administración	Todo el hospital	H. U. TORREJÓN
Reetiquetado de comprimidos de misofar 200	Confusión los comprimidos de 25mcg	Procedimiento de farmacia	Farmacia	H. U. TORREJÓN
Protocolo de administración de ambisome	Dudas en la administración	Folleto informativo	Enfermería de planta	H. U. TORREJÓN
Inclusión de nueva dosificación de fentanilo transdérmico	Caso de sobredosis accidental	Inclusión en guía Farmacoterapéutica	Farmacia	H. U. TORREJÓN
Actualización Kit de Uretritis	Es una actualización de la recomendación de 2016 por cambio en la presentación del ATB IM	Se recomienda, elaborar varios lotes o kit de uretritis(2□3 por centro) en los que se disponga de la dosis total de 1 gr. De azitromicina	Todos los profesionales de AP	Dirección Asistencial NOROESTE

Recomendaciones relacionadas con MEDICACIÓN/ VACUNAS				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Vacunación en Embarazadas	Notificaciones de errores de vacunación en embarazadas	Se especifica qué vacunas tienen indicación y recomendaciones para un procedimiento seguro en las mujeres embarazadas	Todos los profesionales de AP	Dirección Asistencial NOROESTE
Uso individual de reservorios de insulina	Se ha detectado que, en ocasiones, el personal de enfermería de la Urgencia utiliza "plumas" de insulina de las que extraen las dosis a administrar a los pacientes.	Realizado una actividad formativa y un cartel para concienciar sobre la no realización de estas actividades de riesgo potencial para el paciente.	Personal de enfermería de la Urgencia	H. U. GETAFE
Cambio en la HCE en la prescripción de los contrastes endovenosos	Actualmente se prescribe en SELENE y se ha cambiado la prescripción en la aplicación RIS	La situación actual daba lugar a errores de interpretación. Tras varias reuniones entre el S de Farmacia y S de Diagnóstico por Imagen, se acuerda prescribir en la aplicación de Dxl los contrastes.	Servicios de Farmacia y Diagnóstico por Imagen	H. U. FUENLABRADA
Cambio en la presentación de algunos medicamentos	Se han detectado errores en la administración del salbutamol	Se ha cambiado en la descripción de Selene de la presentación de la ampolla para nebulización del Salbutamol por la palabra "NEBULIZADA"	Servicio de Farmacia	H. U. FUENLABRADA
Cambio de la presentación de Paracetamol intravenoso	Gran similitud con la presentación del paracetamol IV con la de suero fisiológico 100 ml	Se ha procedido a cambiar la presentación de paracetamol intravenoso disponible en el hospital para que no se asemeje a la presentación de suero fisiológico 100ml, anteriormente ambos eran del mismo laboratorio con un envase semejante	Servicio de Farmacia	H. U. FUENLABRADA
Cambio de presentación de Tacrolimus	Medicamento con un estrecho margen de seguimiento	Adquisición de diferentes presentaciones de tacrolimus ya que se trata de un medicamento no intercambiable sin un seguimiento estrecho. Se ha añadido una alerta en Selene con la existencia de diferentes presentaciones.	Servicio de Farmacia	H. U. FUENLABRADA
Comunicación a Farmacia sobre administración del Antibiótico Pentamidina	En prescripción electrónica aconseja administrarse en 45 minutos; a esa velocidad suele dar problemas	Se rectifica la velocidad en ficha	Todo el hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN

Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Correcciones administración de citostáticos de velocidad variable según las veces que se ha administrado	Medicamentos cuya velocidad depende de las veces que se ha administrado y que varía a lo largo de su administración llevan en la etiqueta con doble y diferente informa	Rectificación etiqueta con la velocidad correcta	Todo el hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Separar medicaciones iguales de distinta dosis en el armario	Medicación con distinta dosis almacenada junta	Separación en cajones diferentes del armario medicación igual pero de distinta dosis	Todo el hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Reuniones periódicas entre servicio y farmacia	No reuniones periódicas conjuntas	Reuniones periódicas entre Sº y farmacia para el análisis de incidentes ocurridos y las medidas de mejora a establecer para disminuir el impacto en el paciente y/o la frecuencia de los mismos	UCIN	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Creación de protocolo de "bolos de sedación-rescate"	Detectados algunos errores en la prescripción de bolos de sedación-rescate	Creación de protocolo en Prescripción Electrónica de "bolos de sedación-rescate" para neonatología para evitar errores de dosis	UCIN	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Análisis conjunto incidentes de medicación Sº de farmacia/ urgencias de Pediatría	Análisis de los errores de medicación por parte de Farmacia	Reuniones periódicas entre servicio y farmacia para el análisis de incidentes ocurridos y las medidas de mejora a establecer para disminuir el impacto en el paciente y/o la frecuencia de los mismos	Urgencias Pediátricas	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con PROCEDIMIENTOS TERAPEÚTICOS				
Reducción de prácticas innecesarias: Evitar un uso asociado de benzodiazepinas en al menos el 50% de los tratamientos antidepresivos	El tratamiento con benzodiazepinas es de indicación para el tratamiento de la ansiedad aguda, si bien por su perfil farmacológico de mayor tolerancia al efecto puede suponer un potencial adictivo y debería ser prescrito por tiempo limitado.	Difusión de la práctica en el servicio, favoreciendo la reducción en la prescripción y/o utilizando alternativas a las BDZ en los casos leves	Pacientes con prescripción nueva de antidepresivos	H. G. VILLALBA

NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Actuación para los pacientes que vuelven tras cateterismo cardíaco.	Cuando un paciente vuelve de realizarse un cateterismo cardíaco (que se realiza siempre en otro centro sanitario) no existe un procedimiento de actuación para la atención correcta de este tipo de pacientes.	No se produzcan complicaciones en pacientes que están ingresados en nuestro hospital tras un cateterismo cardíaco por desconocimiento de los profesionales, y si estos se producen, que se detecten con celeridad para minimizar su impacto.	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Protocolo de control de hÍper/hipoglucemia	Cuando un paciente presenta una hipo-hiperglucemia sintomático, cada facultativo emplea un método distinto para el tratamiento de la misma.	Todos los profesionales actúen de la misma manera, de tal forma que se minimicen las complicaciones de la variabilidad de la atención en función de los profesionales.	Todo el centro	H. U. INFANTA CRISTINA
Recomendaciones relacionadas con PRUEBAS DIAGNÓSTICAS				
Evitar cirugías mediante el uso de BAG en adenopatías sospechosas de malignidad	Hasta ahora este tipo de biopsias se hacen mediante procedimiento quirúrgico, lo que implica: uso de quirófano y consulta de anestesia.	Evitar cirugías mediante el uso de BAG guiada por ecografía para diagnóstico de adenopatías sospechosas de malignidad.	Pacientes con adenopatías accesibles por eco sospechosas de malignidad	H. G. VILLALBA
Utilización de ecografía en el diagnóstico del síndrome del túnel del carpo	Los pacientes con síntomas de Síndrome de Túnel del Carpo no siempre presentan un compromiso electromiográfico grave del nervio que requiera descompresión quirúrgica por lo que si con un método no invasivo como la ecografía podemos objetivar datos compatibles	Realización de ecografía con medición de área del Nervio Mediano y valoración de compromiso extrínseco del espacio del canal carpiano a los pacientes con sospecha clínica de Síndrome del Túnel del Carpo	A aquellos pacientes con síntomas sugerentes de Síndrome de Túnel del Carpo se les realizará una ecografía	H. G. VILLALBA
Circuito alertas informáticas de RX con hallazgos patológicos	Error en la comunicación de los resultados radiológicos patológicos inesperados	Revisión del circuito informático y formación al servicio de RX	Servicio de radiología	H. U. TORREJÓN
Mejora del circuito de envío de muestras a Anatomía patológica	Existía circuito, pero daba problemas, reflejados en varios errores de identificación y/o pérdida de muestras	Estudio y análisis del circuito, estableciendo varias barreras para evitar errores a lo largo del mismo: desde la extracción de la muestra hasta la recepción del informe	Endoscopia digestiva	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN

Recomendaciones relacionadas con PRUEBAS DIAGNÓSTICAS				
NOMBRE (TÍTULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Doble Check de comprobación del etiquetado de las muestras endoscópicas	Varios incidentes en CISEM por errores de identificación de muestras de Anatomía patológica	Se comprueba por médico y enfermera en voz alta número de muestras, bote e identificación del paciente antes de la salida del paciente de la sala	Endoscopia Digestiva	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Análisis del número de incidencias en el etiquetado de las muestras que llegan al laboratorio	Incidencias relacionadas con la identificación del paciente	En la recepción de muestras observar duplicación de etiquetas y en la validación de resultados observar variaciones clínicas significativas e incongruentes	Todo el Hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Análisis de muestras de los POCT de los gasómetros mal identificadas	Incidencias relacionadas con estas muestras	Análisis de muestras de los POCT de los gasómetros mal identificadas	Todo el Hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Análisis de incidencias preanalítica	Proporcionar resultados fiables	Registrar muestras hemolizadas, extracciones en vías, muestras mal enrasadas, etc....	Todo el Hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Análisis de valores críticos informados	Atención médica temprana del paciente	Avisar al médico peticionario de valores alarmantes	Todo el Hospital	H. G. U. GREGORIO MARAÑÓN
Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS				
Seguridad transfusional	Implantación del nuevo circuito seguridad transfusional	Definir circuito en el bloque quirúrgico para determinar la recepción de producto hemoderivado a infundir	Todos los pacientes que precisen intervención quirúrgica con solicitud de transfusión	H. I. U. NIÑO JESÚS
Seguridad transfusional	Implantación del nuevo circuito transfusional	Impartición de sesiones en todo el Hospital para reforzar conceptos de seguridad	Todos los profesionales implicados en el acto transfusional	H. I. U. NIÑO JESÚS
Seguridad transfusional en hemorragia masiva	Implantación del nuevo circuito transfusional	Impartición de sesión en UCI para reforzar conceptos de seguridad	Todos los pacientes que precisan transfusión por situación de hemorragia masiva	H. I. U. NIÑO JESÚS

Recomendaciones relacionadas con SANGRE Y HEMODERIVADOS				
NOMBRE (TITULO)	SITUACIÓN	DESCRIPCIÓN	TIPO Y ALCANCE	CENTRO
Circuito para firma de CI para la transfusión	Gran número de pruebas cruzadas sin CI firmado	Sesión formativa y mail para los profesionales para recordar la obligatoriedad de firmar los CI cuando se piden pruebas cruzadas o se indica una transfusión	Pruebas cruzadas y transfusiones sanguíneas	H. U. TORREJÓN
Valores críticos en hematimetría y coagulación	No existía sistema de alerta.	Se ha establecido un sistema de alerta de seguridad para el paciente	Hematología	H. C. D. GÓMEZ ULLA
Manejo de la anemia ferropénica en Atención Primaria	Se derivaban pacientes desde AP innecesariamente	Se ha elaborado el protocolo de la anemia ferropénica en atención primaria	Atención Primaria pacientes hematológicos	H. C. D. GÓMEZ ULLA
Recomendaciones relacionadas con VALORACIÓN CLÍNICA/ DIAGNÓSTICO				
Desarrollo de patología relacionada con el amianto en pacientes diagnosticados de asbestosis	Existe un registro a nivel nacional de pacientes (sanos) que han tenido exposición laboral al amianto. Estos pacientes deben ser revisados (activos por las mutuas y no activos por atención especializada).	Revisar de manera preventiva, y como marca la ley a los pacientes de nuestra zona geográfica, de los pacientes que están incluidos en el RETEA.	Neumología	H. U. INFANTA CRISTINA
Establecimiento de Urólogo presencial en las guardias	Actualmente no existe guardia presencial	Establecer un sistema de guardia presencial en el servicio de Urología	Servicio de Urgencias	H. U. FUENLABRADA
Código sepsis	El código sepsis es una herramienta que tiene como objetivo principal reducir el tiempo para llegar al diagnóstico de sepsis e instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible.	Este código se sustenta en un Plan de atención a la sepsis que protocoliza la actuación clínica, ordena y normaliza los procesos, y en el que el tiempo marca de forma decisiva la actuación médica	Todos los profesionales asistenciales del centro	H. U. INFANTA SOFÍA

IV. Prácticas Seguras Generalizables en Atención Hospitalaria en 2019

HOSPITAL/ GERENCIA	Nombre (Título):	ÁREA a la que se refiere	DESCRIPCIÓN:	DATOS DE CONTACTO (email)
H.U. INFANTA LEONOR	Coordinación asistencial multidisciplinaria (S ^o traumatología)	Procedimientos quirúrgicos	Herramienta, a través de una sesión semanal multidisciplinaria entre cirujanos, enfermeras donde se contraste la información de planificación quirúrgica proporcionada por el Servicio de Admisión y se detecten, con la antelación suficiente para ser corregidas de antemano, situaciones logísticas que comprometan la realización de la actividad programada	ricardo.larrainzar@salud.madrid.org
H.U. INFANTA LEONOR	Prevención de riesgos relacionados con la toma o administración de Metotrexato	Procedimientos terapéuticos	Tras la prescripción de metotrexato (oral o subcutáneo), consulta de enfermería para reforzar información, posibles efectos secundarios y forma de administración proporcionando si es subcutánea un contenedor amarillo para gestión residuos. Revisión analítica mensual y teléfono para consultar dudas	leticia.lojo@salud.madrid.org fm.sanchez@salud.madrid.org
H.U. 12 OCTUBRE	Validación de farmacia de las prescripciones de alto riesgo	Medicación y vacunas	Detección de pacientes de alto riesgo de mortalidad, considerando los factores: edad, sexo, tipo de ingreso y APR-GRD. Validación en historia clínica electrónica por un facultativo de Farmacia las prescripciones de estos pacientes. Protocolo de conciliación de medicación consensuado	josemanuel.carro@salud.madrid.org
H.U. 12 OCTUBRE	Implantación "código sepsis" en pacientes adultos hospitalizados en cualquier área del hospital	Valoración clínica/diagnóstico	Implantación del "Código Sepsis" permite atención de mayor calidad, homogénea y con mayor capacidad de resolución basada en la coordinación de los profesionales. La sepsis es tiempo-dependiente y cada hora de retraso en administrar terapia adecuada puede aumentar probabilidad de fallecer	mercedes.catalan@salud.madrid.org
H.U. 12 OCTUBRE	Implantación "código sepsis" en pacientes adultos hospitalizados a cargo de servicios pediátricos	Valoración clínica/diagnóstico	Circuito de detección precoz que consiste en recogida de constantes, generación de alertas si cumple criterios, notificación telefónica si se detecta una alerta y valoración del médico de guardia utilizando <i>check-list</i> con algoritmo para la ayuda en la toma de decisiones.	jaime.cruz@salud.madrid.org

HOSPITAL/ GERENCIA	Nombre (Título):	ÁREA a la que se refiere	DESCRIPCIÓN:	DATOS DE CONTACTO (email)
H.U. 12 OCTUBRE	Programa para optimización del uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados. PROA	Infección relacionada con la atención sanitaria	Uso adecuado antimicrobianos a través del seguimiento de prescripciones antimicrobianas recomendando ajustes. Evolución de resistencia, evaluación de medidas implantadas, actualización de protocolos y guías, formación e investigación, informes y comunicación dirección/6 meses	guillermo.maestro@salud.madrid.org
H.U. LA PAZ	La seguridad transfusional ¿merece una consideración independiente?	Sangre hemoderivados y	Incorporación de una enfermera de Hemovigilancia que junto a hematólogos forma el equipo de Hemovigilancia. Así aumenta la detección y notificación de eventos adversos, mejora la formación y se impulsa el proceso como una práctica segura. Programa formativo básico complementado con una estrategia de simulación	mariasoledad.neria@salud.madrid.org
H.U. LA PAZ	Intervención formativa integrada sobre la seguridad del paciente quirúrgico	Procedimientos quirúrgicos	Red colaborativa para mejorar el uso del listado de verificación quirúrgica, aplicar medidas para prevenir el tromboembolismo y la infección quirúrgica, implementar el etiquetado de la medicación en anestesia y fortalecer las prácticas seguras a través de la formación	irubiop@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Implantación de la petición electrónica transfusional	Sangre hemoderivados y	Transmisión electrónica de la petición transfusional de programa de historia clínica a programa Progres de gestión de Banco de Sangre para evitar la petición sin transmisión electrónica de datos que producía errores de registro de los datos de filiación	apcorralruiz@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Disminución de enterocolitis mediante fomento de recepción de leche materna donada	Actividades preventivas	Disminución de enterocolitis mediante fomento de recepción de leche materna donada. Situación inicial: no donación de leche materna	ester.sanz@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Implantación de un sistema de identificación de pacientes alérgicos	Actividades preventivas	Identificación mediante pegatina (ROJO) para pacientes con alergias medicamentosas y/o alimentarias y BLANCO (para no alérgicos) por enfermera de triaje en la pulsera identificativa. La concordancia de la pegatina con los antecedentes se comprueba durante valoración médica y se verifica antes de administración de cualquier fármaco o alimento	rafael.maranon@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Proyecto TANDEM: Transiciones asistenciales y conciliación de la medicación en pacientes de alto riesgo	Medicación y vacunas	Programa de conciliación Farmacoterapéutica en pacientes de alto riesgo que engloba todos niveles asistenciales, multidisciplinar e implicando a pacientes o cuidadores, para que la información sobre la medicación en los puntos de transición asistencial sea precisa y completa. Permite detectar potenciales errores de medicación al ingreso y alta	cristina.ortega@salud.madrid.org

HOSPITAL/ GERENCIA	Nombre (Título):	ÁREA a la que se refiere	DESCRIPCIÓN:	DATOS DE CONTACTO (email)
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Programa de atención farmacéutica a pacientes que van a ser sometidos a una cirugía cardíaca	Medicación y vacunas	Manejo adecuado de medicación crónica en pacientes que van a ser sometidos a cirugía. La semana previa a la cirugía envió al S. de Farmacia del parte quirúrgico, entrevista telefónica al paciente donde recogen alergias y listado de medicación crónica. Durante el ingreso del paciente continua con prescripción electrónica de medicación, la valoración de enfermería y la revisión de la medicación por parte del S. de Farmacia donde se sugieren nuevos ajustes	sara.ibanez@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Formación en canalización vascular ecoguiada en el paciente pediátrico crítico mediante simulación de bajo coste	Cuidados y seguimiento del paciente	Herramienta formativa que permite aumentar proporción de personal médico y de enfermería capacitado para realizar canalización vascular. Programa de formación interno con talleres teórico-prácticos de simulación de alta fidelidad y bajo coste. Minimiza potenciales eventos adversos en pacientes de cuidados intensivos pediátricos y aumenta la seguridad de los pacientes que precisan canalizaciones vasculares	jesus.lopez-herce@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	PRISURE: Programa de prevención de suicidio	Actividades preventivas	Programa de intervención ambulatoria, inmediata, integral, intensivo y multidisciplinar para pacientes con conducta de riesgo suicida, dando respuesta a continuidad asistencial. Fase de evaluación del potencial riesgo y nivel de intervención requerido y fase de tratamiento de 3 meses, renovable si persiste el riesgo y se reevalúa mensualmente. PRISURE ofrece mejor adherencia Tto en centros de salud mental y continuidad asistencial para personas con riesgo menor que no precisan seguimiento intensivo	nszerman@salud.madrid.org
H.G.U. GREGORIO MARAÑÓN	Programa de formación para familias de pacientes pediátricos traqueostomizados y con ventilación mecánica domiciliaria	Continuidad asistencial	Sistema protocolizado de formación de cuidadores de pacientes portadores de traqueostomía y ventilación mecánica. Un grupo de enfermería de la UCIP instructores en RCP pediátrica y expertos en cuidados de pacientes traqueostomizados y en coordinación con el equipo multidisciplinar (intensivistas, rehabilitadores, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, logopedas y ORL) inician el programa cuando la estabilidad médica del paciente lo permite y la familia ofrece condiciones favorables y acepta el alta a domicilio. Se asigna un tutor responsable de la coordinación del aprendizaje teórico práctico impartido en sala de simulación; también incluye videos demostrativos a través de códigos QR para personas con dificultad con el idioma y cada unidad de formación (de 2h) se repite a demanda de las necesidades de cada aprendizaje	anablen.garcia-moreno@salud.madrid.org
H.U. REY JUAN CARLOS	Unidad de alta resolución neurológica	Valoración clínica/diagnóstico	Esta unidad da cabida a las patologías que, sin precisar un ingreso, merecen estudio precoz y rápido para esclarecer el diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado a la mayor brevedad posible, con el consiguiente beneficio sobre el pronóstico, la progresión de la discapacidad, la reducción de secuelas y la reducción de costes directos e indirectos derivados de estas patologías. Es un recurso intermedio eficiente que permite ofrecer una asistencia integral reduciendo tiempos para el neurólogo y para el paciente.	jose.fferro@hospitalreyjuancarlos.es
H.U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	Sistemas de alertas microbiológicas de urgencias	Valoración clínica/diagnóstico	Dirección de correo institucional donde se comunican los microbiólogos y los facultativos de urgencias. Se informa de los hallazgos en las muestras para que se valoren los datos y se contacta telefónicamente con el paciente para reevaluar al paciente modificando o no el tratamiento. Este sistema de alertas genera descenso en la morbimortalidad evitando ingresos innecesarios y elevando la seguridad del paciente	manuel.espada@salud.madrid.org

HOSPITAL/ GERENCIA	Nombre (Título):	ÁREA a la que se refiere	DESCRIPCIÓN:	DATOS DE CONTACTO (email)
SUMMA 112	Herramientas para la reducción de eventos adversos en población vulnerable: el seguimiento de incidentes	Cuidados y seguimiento de pacientes	Herramienta para seguimiento de llamadas, control y detección de signos de alarma que se puedan producir durante el tiempo de espera de llegada del recurso médico en situaciones de mayor complejidad y vulnerabilidad del paciente. Se identificaron los factores contribuyentes al riesgo y se integró en la aplicación informática. Llamada telefónica a cada paciente incluido para seguir el estado clínico y que no llegue a producirse el evento adverso	gerent.summa@salud.madrid.org
H.U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	Valoración y prevención de lesiones por presión Valoración del paciente con ictus mediante atención continuada Cuidado y manejo de la ostomía Lactancia materna	Cuidados y seguimiento de pacientes	Implantación del proyecto Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados. Implantar recomendaciones incluidas en las Guías de Buenas Prácticas de la Asociación de Enfermeras de Ontario	mmartinez@fhalcorcon.es

V. Implantación de CISEMadrid por Unidad Funcional en 2019

Situación actual en relación con el cumplimiento del Objetivo institucional 2019*

HOSPITALES	Identificados	Meta: 100% cumplimiento si	Informe validado	Meta: 100% cumplimiento si
Grupo 1				
H. El Escorial	164	≥ 150 (Anual)	95	≥ 90 (Anual)
H.U. del Henares	149		92	
H.U. Infanta Cristina	388		258	
H.U. Infanta Elena	174		116	
H.U. del Sureste	163		107	
H.U. del Tajo	171		135	
Grupo 2				
H.U. Infanta Leonor	224	≥ 200(Anual)	194	≥ 120(Anual)
H.U. Infanta Sofía	198		149	
H.U. Fundación Alcorcón	145		112	
H.U. de Fuenlabrada	202		108	
H.U. de Getafe	264		120	
H.U. de Móstoles	233		143	
H.U. Príncipe Asturias	728		535	
H.U. Severo Ochoa	78		36	
H. C.D. Gómez Ulla	—		—	
H.U. de Torrejón	192		187	
H.U. Rey Juan Carlos	296		221	
H. General de Villalba	131		78	
H.I. U. Niño Jesús	184		133	
Grupo 3				
H.U. Fund. Jiménez Díaz	426	≥ 250(Anual)	349	≥ 150(Anual)
H.U. 12 de Octubre	304		191	
H.U. Clínico San Carlos	513		183	
H.G.U. Gregorio Marañón	1.760		1.126	
H.U. La Paz	201		167	
H.U. La Princesa	221		177	
H.U. Puerta de Hierro	729		420	
H.U. Ramón y Cajal	324		219	
Hospitales Grupo 0 - Especiales				
H.C. de la Cruz Roja	84	≥ 60 (Anual)	25	≥ 36 (Anual)
H.U. Santa Cristina	72		36	
Hospitales Grupo 0 - Media/Larga Estancia - Psiquiátricos				
H. de Guadarrama	130	≥ 60 (Anual)	108	≥ 36(Anual)
H. La Fuenfría	71		54	
H. Virgen de la Poveda	112		71	
IPSSM José Germain	87		84	
H. Dr. Rodríguez Lafora	14		1	



Indicador: Implantación de CISEMadrid (Nº de incidentes de seguridad y errores de medicación con informe validado). El centro habrá realizado la implantación de CISEMadrid e impulsado su utilización para la identificación y emisión de informes al profesional validados de incidentes de seguridad y errores de medicación tras su análisis. **Fuente: Descarga realizada el 12 de febrero de 2020* **Cumplimiento:** 100% si nº de incidentes de seguridad y errores de medicación (IS-EM) con informe validado \geq a nº mínimo establecido según grupo de hospital. **Cumplimientos** parciales de acuerdo con el % de incidentes de seguridad y errores de medicación (IS-EM) con informes validados realizados por el centro con respecto al nº establecido.

