

OBSERVATORIO  
REGIONAL DE  
SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

MEMORIA DE  
ACTUACIONES

2016

Dirección General de Coordinación de la  
Atención al Ciudadano y Humanización  
de la Asistencia Sanitaria

CONSEJERÍA DE SANIDAD



Comunidad  
de Madrid



**Biblioteca  
virtual**

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.



[www.madrid.org/publicamadrid](http://www.madrid.org/publicamadrid)

© Comunidad de Madrid

Edita: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia.  
Consejería de Sanidad.

Soporte: Archivo electrónico

Año de edición: junio 2017

Publicado en España – *Published in Spain*

OBSERVATORIO REGIONAL DE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEMORIA DE ACTUACIONES

2016



## ÍNDICE

ÍNDICE .....	5
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN .....	9
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2016 EN CIFRAS .....	13
I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN .....	15
I.1. Evaluación del despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 .....	17
I.1.1. Planificación 2016 .....	19
I.1.2. Evaluación 2016 .....	21
I.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente .....	23
I.2.1. Atención Hospitalaria.....	24
I.2.2. Atención Primaria .....	28
I.2.3. SUMMA112.....	29
I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios .....	30
II. PRÁCTICAS SEGURAS Y ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE...37	
II.1. Prácticas seguras a nivel institucional.....	39
II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs: Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero .....	39
II.1.2. Vigilancia de las IRAS: infección de localización quirúrgica.....	39
II.1.3. Higiene de Manos .....	42
II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico .....	44
II.1.5. Uso Seguro del Medicamento .....	44
II.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria .....	48
II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local.....	49
II.2.1. Recomendaciones de seguridad .....	51
II.2.2. Prácticas seguras.....	54
III. APRENDIZAJE Y CONOCIMIENTO .....	56
III.1. Actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente: .....	57
III.2. Sistemas de Notificación y aprendizaje.....	59
III.2.1. Implantación de CISEMadrid .....	59
III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento.....	59
III.3. Comunicación y difusión del conocimiento .....	61
ANEXOS.....	64
I. Decreto del Observatorio de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid .....	66
II. Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2016 .....	69

---

III. <i>Distribución de los incidentes analizados. Año 2016</i> .....	71
IV. <i>Prácticas Seguras Generalizables en AH y AP en 2016</i> .....	78



## RESUMEN

Con la creación en 2004 del hoy denominado Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (Decreto 53/2017, de 9 de mayo, del Consejo de Gobierno), como nivel central y de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios a nivel periférico, de 2005 a 2007, se sientan las bases estructurales de la gestión de riesgos y seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad.

Más recientemente, desde 2011, el nombramiento de los responsables de seguridad de los servicios clínicos en los hospitales y los centros de salud de atención primaria ha supuesto un paso adicional en el despliegue de la seguridad, incluyendo a los profesionales que actúan en el lugar mismo en que tiene lugar la atención sanitaria.

La Memoria de Actuaciones 2016 del Observatorio de Seguridad del Paciente recoge los indicadores y actividades relativos a la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid en 2016, relativos tanto a los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud (hospitales, atención primaria y SUMMA112), como a las diferentes Unidades Directivas de la Consejería.

La Memoria comienza con una introducción explicativa de cómo se organiza la estructura que trabaja de forma específica por la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad y un resumen de cifras que ofrece una visión global de lo que se detalla posteriormente.

A continuación, se estructura en tres grandes apartados: “Despliegue de la Seguridad en la organización”, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” y “Aprendizaje y conocimiento”, que dan cuenta en detalle de las actuaciones y resultados obtenidos en 2016 en los distintos niveles de la organización y a través de los múltiples mecanismos de implementación operativa de la seguridad del paciente.

Respecto al “Despliegue de la Seguridad del Paciente en la organización”, se detalla el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20 por las Unidades Directivas implicadas, de los objetivos institucionales de seguridad del paciente y de la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

En este aspecto, cabe destacar la existencia de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios en los 35 hospitales, 7 Direcciones Asistenciales de atención primaria y SUMMA112, cuyos miembros (705) trabajan para dar apoyo a las gerencias y los profesionales de los centros en el cumplimiento de objetivos y el desarrollo de las actuaciones en seguridad del paciente.

Igualmente en 2016, los centros han abordado un conjunto de objetivos institucionales específicos para cada del nivel asistencial (hospitales, atención primaria y SUMMA112), que se evalúan a final de año por el propio centro y posteriormente se auditan por la DG Inspección y Ordenación Sanitaria, estableciendo el cumplimiento alcanzado o los planes de mejora allí dónde no se logra alcanzar la meta fijada.

En el segundo apartado, “Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente”, se presenta la actividad relativa al diseño e implantación de actuaciones como resultado del despliegue de proyectos institucionales y de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos a nivel local. En este apartado se detallan las “Prácticas seguras a nivel institucional” y las “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local”.

En 2016, se han abordado 7 grandes líneas de trabajo de seguridad del paciente de carácter institucional: los Proyectos Zero en las UCIs (Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero), la Higiene de Manos, la Seguridad del Paciente Quirúrgico, el Uso Seguro del Medicamento y los Entornos de especial riesgo en Atención Primaria.

En el nivel local, se han impulsado un total de 5.592 actuaciones para mejorar la seguridad del paciente, con el apoyo de todas las UF, de hospitales, atención primaria y SUMMA112. En ellas se diferencian por un lado las Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras, en función del grado de evidencia científica que avala las intervenciones, y por otro las actuaciones locales (medicas correctoras y prácticas seguras locales) y las generalizables (Recomendaciones y Prácticas Seguras Generalizables), en función del ámbito de aplicación propuesto.

Para finalizar, en el apartado de “Aprendizaje y Conocimiento” se detalla la línea de formación centralizada en seguridad del paciente, con una trayectoria consolidada en los últimos años, tanto por su continuidad como por la inclusión de elementos novedosos como la formación on line o la metodología de simulación. En 2016 se han desarrollado 31 ediciones de 9 cursos distintos de seguridad del paciente, con 509 alumnos.

También, en estrecha relación con el aprendizaje, se detalla el proceso de diseño, pilotaje e implantación de CISEMadrid, el sistema electrónico unificado de notificación de incidentes en Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Sobre comunicación y difusión del conocimiento científico, se recogen herramientas y actuaciones como el portal de seguridad de la intranet corporativa, las jornadas de trabajo de las UF, la información sobre seguridad del paciente disponible en el Observatorio de Resultados y el grupo de trabajo para la divulgación del conocimiento científico en seguridad del paciente.

## INTRODUCCIÓN

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, ha impulsado la seguridad del paciente como objetivo institucional en sus unidades directivas y en todos los centros sanitarios desde el año 2004, en el que creó el hoy denominado Observatorio Regional de Seguridad del Paciente (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), como órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.

Para hacer efectivo su despliegue, la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad a través de la Subdirección General de Calidad Asistencial tiene entre sus competencias la dirección del Observatorio Regional de Seguridad del Paciente y el establecimiento, evaluación y propuesta de acciones de mejora, de los objetivos institucionales de calidad y seguridad, tanto en Atención Primaria (AP) como en Atención Hospitalaria (AH), enfocado a los procesos asistenciales y organizativos (Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad).

El observatorio se organiza en un pleno que está presidido por el DG de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria y cuenta con participación de representantes de Grupos de interés (asociaciones de pacientes y colegios profesionales) y de las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad con actividades en esta materia.

El ORSP ejerce las siguientes funciones:

- Actuar como órgano de asesoramiento y consulta del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.
- Analizar las actuaciones desarrolladas en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, para mejorar la seguridad del paciente.
- Revisar el enfoque de las estrategias para implantar, de forma efectiva, la seguridad del paciente en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.
- Realizar el seguimiento de las estrategias y objetivos institucionales para mejorar la seguridad de los pacientes, actuando como órgano de análisis de la información disponible en diferentes fuentes, sobre la seguridad del paciente en los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.
- Promover la realización de estudios y líneas de trabajo que contribuyan a la seguridad del paciente.

- Analizar la coordinación de los diferentes centros sanitarios públicos, instituciones y ámbitos que puedan ser relevantes en mejorar la seguridad de los pacientes.
- Evaluar la participación de los pacientes y usuarios del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid en materia de seguridad del paciente.
- Elaborar una memoria anual que contenga, de forma resumida, las actuaciones realizadas a nivel institucional para mejorar la seguridad del paciente.

Desde un punto de vista estructural, el observatorio se sitúa a nivel central, mientras a nivel periférico tenemos a las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF), cuya plena implantación en los centros sanitarios desde 2007, representa la piedra angular para el despliegue de actuaciones a nivel de los centros.

A nivel de unidades, servicios o equipos de trabajo, también se ha impulsado la designación de responsables de seguridad a nivel de los servicios clínicos hospitalarios y los centros de salud de atención primaria, que representan un nivel fundamental de despliegue de la seguridad al incluir a los profesionales que actúan en el lugar mismo en que tiene lugar la atención sanitaria.

Por tanto, la seguridad del paciente constituye un elemento clave en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, cuyo impulso estratégico, estructural y operativo, involucra a todos los niveles de nuestra organización desde hace más de diez años.

Si nos fijamos en la planificación de actuaciones, desde 2005 se han desarrollado tres ciclos sucesivos de planes estratégicos sobre seguridad del paciente (Plan de Riesgos Sanitarios 2005-2009, Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012 y Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020).

La estrategia actualmente en vigor, Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (ESP15-20), lleva dos años de ejecución y se evalúa con periodicidad anual (Memoria de Actuaciones). Está disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1162209989406](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354638746286&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1162209989406)

En este sentido, las UF también informan anualmente a la Subdirección General de Calidad Asistencial de su actividad, elaborándose una Memoria anual de actividades que elaboran, que recoge la información aportada.

Además, la alineación de actuaciones entre el nivel central y el nivel periférico se realiza a través del despliegue de objetivos institucionales de seguridad del paciente.

En concreto, desde el año 2005 se ha articulado la inclusión de objetivos institucionales de seguridad del paciente a todos los centros sanitarios, que anualmente se establecen y

evalúan en los hospitales, atención primaria y SUMMA112, información con la cual cada año se elabora el Informe de Cumplimiento de los objetivos institucionales.

El enfoque organizativo y su despliegue los podemos observar en la siguiente imagen, en la que recogemos en los tres niveles de gestión, las responsabilidades, estructuras de apoyo y planificación de actuaciones en la Consejería de Sanidad:

**Figura 1: Enfoque institucional de la seguridad del paciente**



Por último, existen otros elementos en los que también se trabaja congruentemente con los anteriores, para impulsar la seguridad del paciente en nuestra organización, como son los proyectos coordinados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Comité Técnico Asesor de Seguridad del Paciente, en el que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid está representada por la SG de Calidad Asistencial, que cuenta también con un representante de la SG Calidad Asistencial

En esta memoria se recogen las actuaciones e indicadores relativos a la actividad desplegada, en relación a la seguridad del paciente, en 2016 con datos procedentes de los ámbitos de actuación descritos y los informes y memorias mencionadas. Está estructurada en tres grandes apartados: Despliegue de la Seguridad en la organización, Prácticas seguras y actuaciones para mejorar la seguridad del paciente y, por último, Aprendizaje y conocimiento.



## LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 2016 EN CIFRAS

Nº actuaciones en Seguridad del Paciente (ESP15-20) en desarrollo o finalizadas	130
Nº Unidades Funcionales De Gestión de Riesgos Sanitarios (UF)	43
Total Miembros UF	705
Nº Objetivos de las UF	538
Incidentes identificados	21.944
Incidentes analizados	17.497
Porcentaje de Incidentes analizados / identificados	79,7%
Nº total de actuaciones para mejorar la SP (locales y generalizables)	5.592
Actuaciones derivadas de la notificación de errores de medicación al Portal de uso seguro del medicamento	79
Prevención de infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI):	
- Densidad incidencia neumonía asociada a ventilación mecánica	3,86
- Densidad incidencia bacteriemias relacionadas con catéter venoso central	2,43
- Tasa de bacterias multirresistentes	3,90
Nº de ILQ (incidencia de ILQ/100 intervenciones)	3,12%
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado lista de verificación quirúrgica	92,1%
Porcentaje de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias	96,5%
Porcentaje de Centros de Salud de Atención Primaria que han desplegado al menos tres actuaciones locales de seguridad del paciente	95%
Porcentaje de unidades funcionales del SUMMA112 que han celebrado reuniones de seguridad con participación de los responsables	40%
Ediciones Cursos de seguridad del paciente	31
Alumnos que han recibido formación en SP	509
Nº hospitales que han implantado CISEMadrid (Sistema de Notificación y aprendizaje) en dic 2016	30



## I. DESPLIEGUE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

Una organización segura es aquella que logra extender el enfoque de seguridad del paciente a todos sus centros, unidades, servicios y agentes implicados -pacientes, profesionales, líderes clínicos y directivos-. Las organizaciones sanitarias deben construir un clima positivo en torno a la seguridad del paciente, donde exista tolerancia a la incertidumbre que supone la toma de decisiones clínicas y a la posibilidad de que un sistema tan complejo como este falle.

En la Comunidad de Madrid el despliegue organizativo de la Seguridad del Paciente se apoya en tres pilares: el Observatorio Regional de Seguridad del Paciente, las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y los responsables de seguridad.

La continuidad de las líneas de trabajo en seguridad del paciente y su despliegue en la organización facilita su transformación, incrementando la capacidad de dar respuesta y gestionar adecuadamente los riesgos que aparecen, promoviendo el desarrollo de este entorno inteligente e impulsando la participación y aprendizaje de los profesionales.

Los principales mecanismos para el impulso de la Seguridad del Paciente en nuestra organización han sido el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-20 por las Unidades Directivas implicadas, de los objetivos institucionales de seguridad del paciente y de la actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

A continuación, se presentan las actuaciones y resultados alcanzados en 2016 para estas tres líneas de trabajo.

## I.1. Evaluación del despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud (ESP15-20) establece un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones a desarrollar en el periodo 2015-2020. 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”.

En su elaboración durante 2014 y 2015 han participado las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad y en torno a 137 profesionales de los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud, entre coordinadores y colaboradores de líneas estratégicas, revisores, coordinación técnica y dirección.

La ESP15-20 establece un total de doce líneas estratégicas, con 92 objetivos estratégicos y 307 actuaciones que incluyen 1.022 actividades, las cuales corresponden a las tareas a desarrollar a nivel operativo para completar cada actuación. Las líneas, a su vez, se estructuran en cuatro perspectivas globales:

En la perspectiva de **Organización** se incluyen las líneas de “consolidación de cultura de seguridad”, “desplegar la seguridad del paciente en la organización” y “continuidad asistencial”.

En la perspectiva de **Agentes y Grupos de Interés** se desarrollan tres líneas estratégicas: “implicar a pacientes, familiares y cuidadores”, “difundir el conocimiento científico” y “comunicación y transparencia”.

En la tercera perspectiva, denominada de **Procesos Internos**, se desarrollan las líneas de “Impulsar y desplegar **prácticas seguras**”, que incluye, a su vez, otras doce líneas: cirugía y anestesia, pacientes críticos, cuidados y técnicas de enfermería, infección relacionada con la atención sanitaria, uso seguro del medicamento y entornos de especial riesgo en Atención Primaria, urgencias y emergencias, obstetricia y ginecología, pediatría, salud mental, atención al dolor, radiaciones ionizantes y la de “Evitar intervenciones innecesarias”.

Finalmente, en la cuarta y última perspectiva, la de **Aprendizaje y Futuro**, se han abordado cuatro líneas estratégicas: “Fomentar la investigación”, “Facilitar la innovación tecnológica”, “Potenciar la formación” y “Desarrollar los sistemas de información”.

En la siguiente tabla se muestran las líneas estratégicas por perspectivas.

**Tabla 1. Líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020**

Perspectivas	Líneas Estratégicas
<b>Organización</b>	LE1. Consolidar la cultura LE2. Desplegar la seguridad del paciente en la organización LE3. Continuidad asistencial
<b>Agentes/Grupos de interés</b>	LE4. Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras LE5. Difundir el conocimiento científico LE6. Comunicación y transparencia
<b>Procesos internos</b>	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
<b>Aprendizaje y futuro</b>	LE9. Fomentar la investigación LE10. Facilitar la innovación tecnológica LE11. Potenciar la formación LE12. Desarrollar los sistemas de información

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación se constituyó el 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 las unidades directivas responsables de los diferentes objetivos estratégicos y actuaciones (Tabla 2).

Este comité es una estructura funcional de asesoramiento permanente de la Dirección General de Coordinación de la atención al ciudadano y humanización de la asistencia.

**Tabla 2. Composición Comité Operativo ESP**

 <b>ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015-2020 SERMAS COMITÉ OPERATIVO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>
UNIDAD DIRECTIVA
Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria
Subdirección General de Calidad Asistencial
Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria
Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria
Gerencia Asistencial de Atención Primaria
Subdirección General de Formación y Acreditación Docente Sanitarias
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
Subdirección General de Epidemiología
Subdirección General de Información y Atención al Paciente
Subdirección General de Investigación Sanitaria
Subdirección General de Continuidad Asistencial
* Gerencia SUMMA112
(*) UD incorporada al Comité Operativo en la evaluación de 2016

Una vez se definieron las actuaciones, se asignaron a las 11 UD que constituían el Comité Operativo en 2015 y se definió el Plan de Acción 2015. Cada UD, determinó para cada actuación, el responsable del seguimiento en la UD, las actividades que la componen, el cronograma y el indicador para su evaluación.

Tras la evaluación de 2015, se formuló el Plan de Acción 2016, que fue evaluado por las distintas UD responsables una vez finalizado 2016: han sido 12 las UD que han evaluado, tras la incorporación de la Gerencia de SUMMA112, que ha evaluado las actuaciones de urgencias extrahospitalarias desarrolladas desde mayo de 2016 y asumirá la ejecución completa de la línea estratégica “7.2. Urgencias y Emergencias” en 2017.

Al finalizar el período de vigencia de la ESP15-20, se realizará la evaluación del grado de implantación de las actuaciones y, en las que sea posible, de su efectividad, mediante los indicadores establecidos en cada una. En 2016 se ha desarrollado una aplicación informática que facilita el seguimiento y evaluación.

Los criterios de evaluación utilizados para las Actividades y Actuaciones de la ESP15-20 se detallan en la siguiente tabla.

**Tabla 3: Criterios de evaluación de las Actividades y Actuaciones en la ESP15-20**

Criterio de Evaluación	Actividad (*)	Actuación (*)
Finalizada	Está finalizada y no se tiene que evaluar más	Todas sus actividades están finalizadas
En Desarrollo	Se ha realizado lo que estaba programado en ese periodo y va en tiempo, pero su programación todavía continúa	Se ha realizado lo que estaba programado en ese periodo y va en tiempo, aunque haya alguna reprogramada, pero su programación todavía continúa
Reprogramada	No se ha iniciado o no está finalizada en el periodo programado: no se evalúa en el momento que corresponde y se realiza una nueva planificación de esa actividad	Todas las actividades están reprogramadas (o alguna está cancelada y el resto están reprogramadas)
Cancelada	Actividad programada inicialmente pero que, en el momento actual, se decide suprimir de forma motivada	Se ha decidido no desarrollar esta actuación

- Cada actuación se compone de diferentes actividades, que son las tareas que a nivel operativo componen la actuación, por lo que la evaluación de la actuación depende de la evaluación de cada una de las actividades que la componen y que es lo que la SG de Calidad Asistencial solicita a cada UD

Anualmente, se elabora una memoria de actuaciones de la ESP15-20, que se aprueba por el Comité Operativo y a partir de la cual se actualiza la planificación prevista para el año siguiente, en función de la evaluación que aporta cada unidad.

A continuación se presenta la planificación de 2016 y la evaluación de lo finalmente realizado en 2016.

### I.1.1. Planificación 2016

A continuación se presentan una serie de tablas y figuras como resumen de las actuaciones previstas en la estrategia en 2016, como resultado de la evaluación realizada del periodo 2015.

La distribución de actuaciones por año (de 2015 a 2020) como resultado de la evaluación anual se recoge en el Plan de Acción anual correspondiente, ya que hay algunas actividades que son reprogramadas para períodos posteriores a los inicialmente planificados. El año con mayor número de actuaciones era 2016 (257), correspondiendo a los sucesivos años hasta 2020 (166 actuaciones) un número progresivamente menor de actuaciones.

**Figura 2: Distribución de actuaciones de la ESP por año  
Planificación 2016**



La distribución de actuaciones por año y unidad directiva se muestra en la siguiente tabla. En general, las tres UD con mayor número de actuaciones son: la SG de Calidad Asistencial, la SG de Farmacia y Productos Sanitarios y la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.

El número total de actuaciones que se recogen en la tabla es superior a las 307 en que se desglosa la estrategia, ya que en la tabla cada año figuran las que están activas, por lo que aquellas que duran más de un año, aparecen más de una vez en la tabla, es decir, tantas como años abarca su ejecución.

**Tabla 4. Distribución de actuaciones de la ESP por UD y año**

ACTUACIONES POR UNIDAD DIRECTIVA Y AÑO						
UNIDAD DIRECTIVA (*)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gerencia Asistencial Atención Hospitalaria	0	59	50	26	15	10
Gerencia Asistencial Atención Primaria	2	12	13	13	5	1
SG de Farmacia y Productos sanitarios	22	33	33	35	30	21
SG de Continuidad Asistencial	0	4	4	4	4	4
Oficina Regional Coordinación Salud Mental	3	12	12	12	11	11
DG de Sistemas de Información Sanitaria	7	11	7	7	5	5
SG de Epidemiología	2	9	7	3	2	2
SG Formación y Acreditación Docente Sanitaria	6	10	12	11	11	11
SG Investigación sanitaria	0	4	6	7	7	7
SG de Información y Atención al Paciente	0	5	6	5	4	4
SG de Calidad Asistencial	27	98	100	93	90	90
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>257</b>	<b>250</b>	<b>216</b>	<b>184</b>	<b>166</b>

(\*) La Gerencia del SUMMA112 se incorporará en 2017

### I.1.2. Evaluación 2016

Finalizado el periodo 2016, las UD evaluaron el desarrollo de las 257 actuaciones previstas para ese año (640 actividades). Globalmente se presenta la distribución de las actuaciones por situación al cierre de 2016, línea estratégica, UD y estado de ejecución.

Sobre el estado de ejecución de las actuaciones, se presentan exclusivamente los datos relativos a actuaciones finalizadas, en desarrollo y en proceso de de evaluación, ya que las actividades reprogramadas han quedado planificadas para años posteriores (generalmente 2017).

De las 257 actuaciones planificadas para 2016: 110 (42,8%) se encontraban en desarrollo, 20 (7,8%) finalizadas, 109 (42,4%) reprogramadas y 18 (7%) en proceso de evaluación, como puede apreciarse en la siguiente figura.

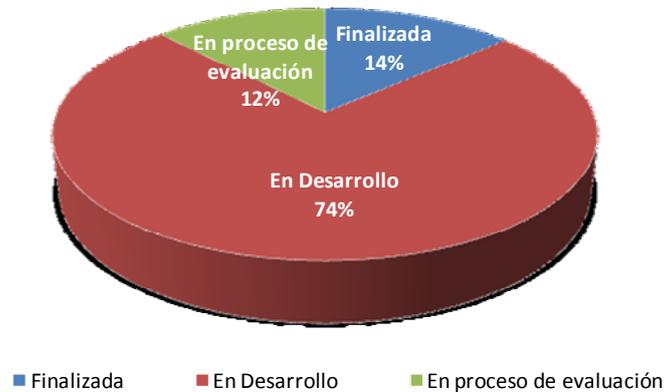
**Figura 3: Distribución de actuaciones de la ESP por año tras evaluación 2016  
Planificación 2017**



### Estado de ejecución de actuaciones 2016

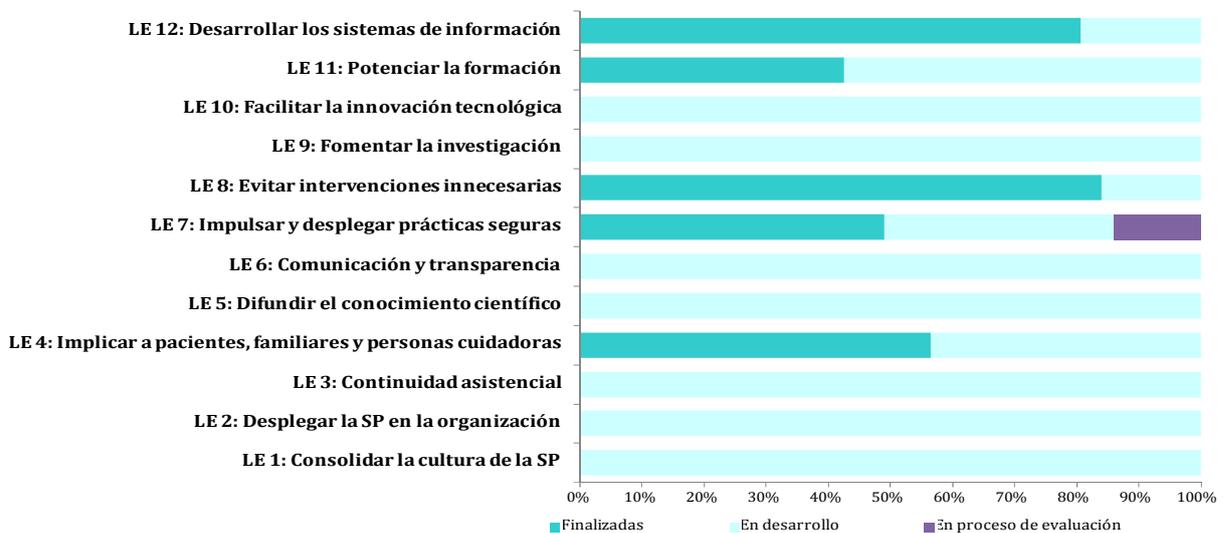
De las 148 actuaciones que resultan de la diferencia entre las 257 planificadas y las 109 reprogramadas (que, como resultado de la reprogramación, no forman parte de la ejecución 2016), el 89% de las actuaciones responden a la planificación inicial recogida en el plan de acción (74% en desarrollo y 14% finalizadas). Al cierre de esta memoria, el 12% restante estaba en proceso de evaluación, por lo que estos porcentajes están sujetos a nuevas modificaciones.

**Figura 4: Evaluación de las actuaciones ejecutadas en 2016**



Actualmente, con el 88% de las actuaciones evaluadas (el 12% están pendientes de evaluación por las UD responsables), la distribución de actuaciones por línea estratégica y unidad directiva es la que se muestra en la siguientes figuras.

**Figura 5: Evaluación de las actuaciones ejecutadas en 2016 por línea estratégica**



Por línea estratégica, las líneas con mayor % de actuaciones finalizadas: LE 12 “Desarrollar los sistemas de información” y LE8 “Evitar intervenciones innecesarias”.

En la siguiente tabla se recoge la evaluación de las actuaciones por UD. Las tres UD con mayor número de actuaciones en desarrollo o finalizadas son: la SG de Calidad Asistencial (53), la SG de Farmacia y Productos sanitarios (28) y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (11).

**Tabla 5. Distribución de actuaciones ejecutadas en 2016 por UD**

UNIDAD DIRECTIVA	En desarrollo	Finalizada	En proceso evaluación	Total 2016
Gerencia Asistencial Atención Hospitalaria			16	16
Gerencia Asistencial Atención Primaria	6	5		11
SG de Farmacia y Productos sanitarios	25	3	2	30
SG de Continuidad Asistencial	4			4
SUMMA112 (*)	6			6
Oficina Regional Coordinación Salud Mental	5	3		8
DG de Sistemas de Información Sanitaria	5	4		9
SG de Epidemiología				0
SG Formación	6	1		7
SG Investigación sanitaria	1			1
SG de Información y Atención al Paciente	2	1		3
SG de Calidad Asistencial	50	3		53
<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>148</b>

(\*) UD incorporada al Comité Operativo en la evaluación de 2016. Será responsable de la ejecución de la línea estratégica "7.2. Urgencias y Emergencias" a partir de 2017

En resumen, en 2016 se han evaluado 148 actuaciones (89% en plazo) y reprogramado 109 (42% de las 257 planificadas inicialmente para 2016). El detalle de las actuaciones y su situación al cierre de 2016 se ha trasladado a cada UD para que disponga del plan de acción actualizado en 2017.

## I.2. Objetivos institucionales de seguridad del paciente

Junto a otros objetivos del área de calidad, la DG de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia 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.

A continuación se detallan los resultados de la evaluación de los objetivos institucionales de 2016 de Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112.

### **I.2.1. Atención Hospitalaria**

En este apartado se presenta una descripción de los principales resultados obtenidos en cada uno de los siete objetivos del año 2016 relativos a la seguridad del paciente.

#### **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 2016, se determinó que cada centro implantara al menos cinco objetivos propios de seguridad del paciente. De estos cinco objetivos, que han de ser diferentes a los ya establecidos a nivel institucional, al menos dos se consideran prioritarios y habían de abordar por una parte aspectos relacionados con el uso seguro de radiaciones ionizantes y por otra la identificación de prácticas innecesarias.

En este sentido, el 97% de los hospitales ha establecido al menos 5 objetivos, con un global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud de 330 objetivos definidos y una media de 9 por hospital.

El objetivo de seguridad relativo a la identificación de prácticas innecesarias se ha abordado en un 94% de los hospitales y por su parte, el objetivo sobre uso seguro de radiaciones ionizantes se ha abordado también en un 94% de los centros.

#### **Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los servicios o unidades:**

Con objeto de avanzar en el despliegue en los centros de la Estrategia de Seguridad, y complementando el anterior se incluyó un objetivo para promover la seguridad en los servicios y unidades.

En este sentido, se establece que al menos el 80% de los servicios o unidades de cada hospital han de establecer 2 objetivos propios, siendo uno de ellos realizar una sesión de análisis de incidentes, o un boletín de seguridad o recomendación o práctica segura implantada. Además, en este objetivo para cumplirse ha de confirmarse el nombramiento de un responsable de seguridad en cada servicio o unidad correspondiente.

Así, globalmente el 92% de servicios o unidades hospitalarias cuentan con al menos dos objetivos propios de seguridad; y han sido el 89% de los hospitales los que superaron la

meta establecida de que el 80% de los servicios dispusieran de 2 objetivos siendo uno de ellos el definido como prioritario.

### **Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: “rondas de seguridad”:**

La participación activa de algún miembro del equipo directivo (Gerentes/ Directores/ Subdirectores/o similares) o responsables clínicos en reuniones o visitas a las unidades con contenido en seguridad del paciente, se incluye como objetivo de calidad desde el año 2010.

En los objetivos institucionales de 2016, este objetivo se concretó con la realización de al menos 4 reuniones o rondas de seguridad en los hospitales generales y 3 en los de apoyo, media estancia y de psiquiatría. Dos de ellas habían de ser en UCI, una de ellas en Urgencias y otra en el bloque quirúrgico. Además este año se indicaba que las rondas habían de estar documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.

En este sentido, el 97% de los hospitales han realizado al menos las 4 o 3 rondas indicadas y un 86% las han realizado en todos los servicios definidos como prioritarios; sumando un total de 162 rondas y una media de 5 por hospital.

### **Prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y del desarrollo de microorganismos multirresistentes en pacientes críticos (UCI):**

Dado que desde hace años se trabaja con los proyectos “Zero”, con indicadores en objetivos institucionales, se consideró adecuada la evaluación del registro de casos que se utiliza en estos proyectos, el **Registro ENVIN** (*Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva*), cuya calidad influye en la validez de los resultados de los mismos.

Como objetivo a alcanzar en 2016 se determinó la cumplimentación adecuada si se realizaba registro ENVIN completo durante el periodo del 1 de abril al 30 de junio y registro ENVIN simplificado el resto del año para bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes.

En este sentido, de los hospitales cuyas UCIs participan en los proyectos Zero, el 96% cumplimentan durante de los meses de abril a junio el registro ENVIN de forma completa; y durante el resto del año la práctica totalidad realizan al menos ENVIN simplificado.

Por otra parte, este año se ha continuado con el proyecto **Neumonía Zero** con el objetivo de reducir la densidad de incidencia de neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAV) en las UCI participantes. El objetivo trasladado en 2016 a los centros se ha mantenido como en años anteriores en tener menos de 8 episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica. Así, la media global de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 3,86 episodios/1000 días de ventilación mecánica, por debajo de la meta establecida y también ligeramente por debajo del resultado obtenido en el año anterior.

En cuanto al proyecto de **Bacteriemia Zero** este año 2016 vuelve a incluirse como objetivo de seguridad del paciente, con la meta de alcanzar una densidad de incidencia de 3 o menos episodios de bacteriemias por 1000 días de catéter venoso central (CVC). La media global de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 2,43 episodios/1000 días de catéter venoso central, por debajo por tanto de la meta establecida y también ligeramente inferior al resultado obtenido en el año previo.

Además de los proyectos anteriores, 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 como principal indicador del proyecto 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 a partir de las 48 horas de ingreso (o en las siguientes 48 horas al alta de UCI) por 1000 días de estancia en UCI. Así, en el año 2016 la tasa global en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud ha sido de 3,90 pacientes con BMR/1000 días de estancia. Si se compara esta cifra con los valores obtenidos en el año 2015 (en lugar de 2014, año de comienzo del proyecto y con posible infra registro) ha habido una reducción que se sitúa entorno un 10%.

### **Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos:**

Vinculado al programa de higiene de manos del Sistema Nacional de Salud, se ha impulsado la utilización de una herramienta de autoevaluación desarrollada por la Organización Mundial de la Salud. Es una herramienta que permite conocer al centro cual es su situación en relación con el desarrollo de un programa de mejora de higiene de manos.

El objetivo que se ha trasladado a los centros en el año 2016, ha sido que de acuerdo a los resultados de esta autoevaluación, se desarrollaran al menos 2 planes de mejora, uno de ellos sobre la evaluación del cumplimiento de la higiene de manos.

Todos los hospitales han desarrollado al menos 2 planes de mejora, desarrollándose 109 en total, con un promedio de 3 por hospital. Y por otra parte, han abordado tal y como se indicaba este año la evaluación del cumplimiento de higiene de manos a través de la observación el 89% de los hospitales.

El resto de planes de mejora que han desarrollado los centros hacen referencia a otros aspectos de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos, como son: actuaciones para el mantenimiento y disponibilidad de los dispensadores de soluciones hidroalcohólicas, la formación de los profesionales y actividades de sensibilización fundamentalmente en torno al 5 de mayo

### **Utilización del listado de verificación quirúrgica:**

El listado de verificación quirúrgica (LVQ) es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, y su utilización se ha incluido como objetivo de calidad desde el año 2009.

Este año, el porcentaje global de utilización del LVQ (número de intervenciones quirúrgicas programadas con LVQ con respecto al total de intervenciones quirúrgicas programadas), ha sido de un 92%, muy similar al porcentaje del año anterior (91%). La meta establecida en el año 2016 era que el porcentaje de utilización en cada hospital fuera superior al 90 %, y este objetivo lo han alcanzado el 76% de los hospitales con actividad quirúrgica.

### **Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en Urgencias:**

La identificación de pacientes mediante pulseras trata de garantizar que las indicaciones de pruebas diagnósticas y de tratamientos se hagan efectivas realmente en los pacientes a los que van destinados y se considera una actuación clave para la seguridad del paciente.

Su implantación en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud a través de objetivos institucionales se inició en el año 2006 y se mantuvo hasta 2012, año en el que se obtuvieron resultados de cumplimiento muy elevados, que permitieron considerar la línea consolidada. Desde el año 2015, se reincorpora nuevamente como objetivo institucional en los Servicios de Urgencias, con objeto de reforzar la línea de trabajo en áreas de especial interés.

En 2016 se establece una meta superior al 90% en cuanto al porcentaje de pacientes con pulsera del total de los pacientes evaluados en Urgencias. En 2016, con respecto al total de pacientes evaluados en las Urgencias de todos los hospitales, el 96,5% disponían de pulseras de identificación.

### **Implantación en los servicios/unidades de escalas de valoración del dolor:**

Aunque los objetivos relativos al dolor no corresponden estrictamente al ámbito de la 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.

Así, desde 2015 se establece como objetivo propio del centro, que al menos un 80% de los servicios o unidades tengan implantadas escalas de valoración del dolor. En 2016, el 92,8% de servicios o unidades del conjunto de los hospitales refieren tener implantadas las escalas de valoración del dolor. Globalmente el objetivo de superar el 80% de servicios con escalas implantadas se cumple en el 91% de los hospitales.

Adicionalmente, se establecieron un conjunto de objetivos para los Comités del Dolor, entre los que se encuentra la coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, abordando la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura al dolor en los planes de acogida a profesionales. Este objetivo se cumplió en el 74% de los hospitales.

## **I.2.2. Atención Primaria**

Continuando con los objetivos de seguridad del paciente en Atención Primaria marcados desde la DG. de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, en 2016 se estableció como objetivo general el despliegue de la estrategia en los centros de salud a través de actuaciones relacionadas con la seguridad del paciente, el refuerzo de los responsables de seguridad del paciente por centro de salud y por primera vez las “rondas de seguridad”.

En 2016, cada una de las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria debía impulsar que en cada centro de salud (al menos en el 80%) se desarrollaran al menos 3 actuaciones, de entre las siguientes: sesiones formativas de seguridad del paciente, sesiones de análisis de incidentes o acciones de mejora de seguridad del paciente implantadas.

En este sentido, en todas las Direcciones Asistenciales se ha alcanzado el objetivo de que más del 80% de sus centros de salud desarrollaran al menos 3 actuaciones, siendo globalmente el 95% de los centros de salud del Servicio Madrileño de Salud.

Con objeto de avanzar en el despliegue en los centros de la Estrategia de Seguridad, y complementando el anterior se mantuvo en 2016 un objetivo sobre la figura del responsable de seguridad del paciente en cada centro de salud. En este sentido, el 100% de los centros cuenta con un responsable de seguridad del paciente que participa en la definición y despliegue de las actuaciones desarrolladas por centro.

La participación activa de algún miembro del equipo directivo en reuniones o visitas a los centros de salud con contenido en seguridad del paciente, se incluye como objetivo de calidad de las Direcciones Asistenciales por primera vez en el año 2016. En este sentido, todas las Direcciones Asistenciales han llevado a cabo rondas de seguridad, realizándose globalmente 49 rondas en centros de salud.

Al igual que ocurre en hospitales, si bien el objetivo relativo al dolor no corresponde estrictamente al ámbito de la 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. Así, en 2016 a nivel de Gerencia Asistencial de Atención Primaria, dentro del desarrollo de registros del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo, se ha creado un nuevo protocolo de valoración integral en el que se ha incluido la valoración normalizada sobre el dolor.

### **I.2.3. SUMMA112**

En 2016 los objetivos institucionales de seguridad del paciente del SUMMA112 han sido relativos a: la implantación de objetivos de SP en la Gerencia, reuniones o sesiones de seguridad en las unidades con participación de los responsables, rondas de seguridad e higiene de manos.

En 2016 se estableció como indicador la implantación de al menos 5 objetivos de Seguridad del Paciente en la Gerencia SUMMA112, siendo uno de ellos promover la realización de reuniones tipo briefing y debriefing y otro la identificación de los pacientes. En este sentido, se refirieron 13 objetivos, abordándose entre ellos los definidos como prioritarios.

Se estableció como indicador que el 80% de las unidades funcionales del SUMMA112 celebraran reuniones de seguridad con participación de los responsables y en este sentido se realizaron en el 40% de las unidades.

En 2016 se estableció el objetivo de realizar al menos una ronda de seguridad documentada por parte de los directivos del SUMMA112 en el 70% de las unidades y se han realizado en un 60% de las mismas con un número global de rondas de 15.

En 2016 se estableció como objetivo institucional la realización de la autoevaluación según la OMS en el SUMMA112 y el desarrollo de, al menos, dos planes de acción, siendo una de ellos sobre evaluación de del cumplimiento de higiene se manos, habiéndose cumplido en 2016 dicho objetivo

Dentro de la mejora de la atención al dolor, una de las líneas establecidas es la relativa a la evaluación de dolor. Dentro de este epígrafe se ha llevado a cabo el diseño de un estudio de validación de tres escalas de Valoración del Dolor (EVA), para su implementación en los dispositivos móviles y centros del SUMMA112, implementándose en una Unidad Funcional como proyecto piloto.

### **I.3. Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios**

Las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF) están constituidas en todas las gerencias de los centros sanitarios: 35 de Atención Hospitalaria, 7 de Atención Primaria y 1 del SUMMA112 en 2016.

En su composición participan, como mínimo, 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 se considere necesario (atención al paciente y mantenimiento, etc.) y, de facto, tienen cada vez más presencia los profesionales sanitarios asistenciales.

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.

Anualmente se elabora un informe que recoge el resumen de la información proporcionada durante el año 2016 por las 43 UF y/o Comisiones de Seguridad que funcionan en el Servicio Madrileño de Salud a través del Sistema de Información online de SP de las UF (SIAUF). El citado informe corresponde a una de las actuaciones enmarcadas en el despliegue de la ESP15-20, específicamente para consolidar las UF.

En este apartado de la presente memoria se incluyen los datos globales de las UF en 2016:

- Estructura: Nº UF, nº de miembros, perfil profesional y formación
- Espacio de colaboración y listado de responsables y contactos de las UF y
- Actividad: objetivos, material divulgativo para promocionar la cultura de seguridad, Identificación de incidentes y Análisis de incidentes

En el siguiente apartado de “Prácticas Seguras y Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente” se recoge información de las actuaciones desarrolladas (recomendaciones y prácticas seguras) por las UF.

#### **Estructura:**

En 2016 ha habido 43 UF constituidas: 35 de AH, 7 de AP y 1 del SUMMA112, con un total de 705 profesionales de todos los ámbitos de la organización sanitaria. Más del 95% tienen formación en Seguridad del Paciente, con un nivel avanzado o medio del 65% en AH, 81% en AP y 41% en SUMMA112.

**Tabla 6: Estructura de las UF**

<b>Número de miembros que componen la Unidad Funcional</b>	<b>AH</b>	<b>AP</b>	<b>SUMMA112</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nº miembros</b>	<b>593</b>	<b>83</b>	<b>29</b>	<b>705</b>
<b>Promedio por UF</b>	<b>16,9</b>	<b>11,9</b>		

De los 593 miembros que componen las 35 UF de AH, el 56% (335) son profesionales asistenciales, seguido del 15% (86) que son del equipo directivo de la Gerencia, el 7% (44) de la unidad de calidad, el 7% (44) de la Unidad de Farmacia, el 6% (36) de la unidad de medicina preventiva y el 3% (15) de la unidad de atención al paciente.

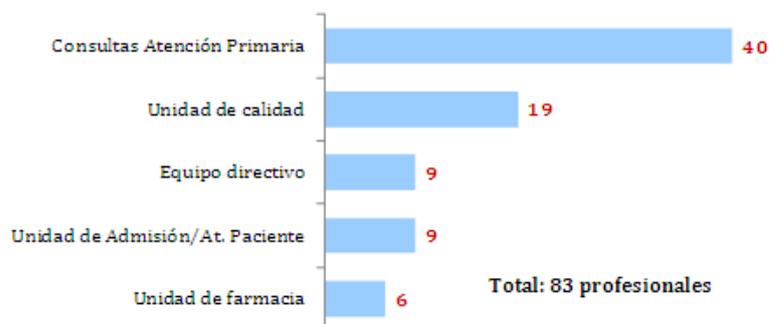
Los profesionales asistenciales desarrollan su trabajo en el bloque quirúrgico y servicios quirúrgicos (25%), en servicios médicos (25%), en las unidades de críticos (11%), en urgencias (10%), en los dispositivos de salud mental (5%) y en unidades de radiología y medicina nuclear (3%). En las siguientes figuras se muestran los ámbitos de trabajo de los integrantes de las UF.

**Figura 6. Ámbito de trabajo de profesionales de las UF en Atención Hospitalaria**



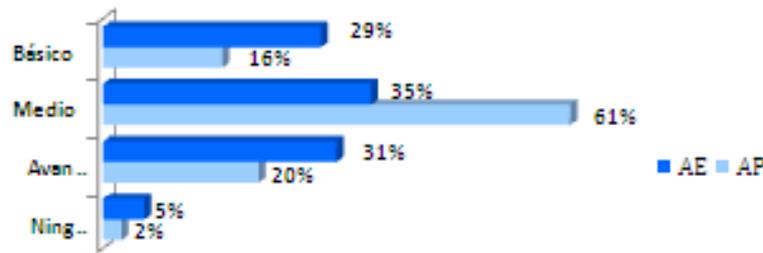
Las 7 UF de AP cuentan con un total de 83 profesionales, de los que el grupo más numeroso, 48%, es el de profesionales asistenciales (40), seguidos de los profesionales de la unidad de calidad que suponen el 23% (19), los profesionales del equipo directivo de la Gerencia suponen el 11% (9); el 11% (7) son de atención al paciente y pertenecen a la unidad de farmacia el 7% (6).

**Figura 7. Ámbito de trabajo de profesionales de las UF en Atención Primaria**



En cuanto a la formación en SP, en AH, el porcentaje de profesionales formados en SP es de 95. De ellos, el 66% de los miembros tiene un nivel de formación avanzado o medio. En AP el porcentaje de profesionales de las UF formados en SP es del 98%. De ellos, el 81% tiene un nivel de formación avanzado o medio.

**Figura 8. Nivel de formación en seguridad del paciente de los miembros de las UF**



La UF del SUMMA112 cuenta con el 41% de sus miembros con un nivel de formación avanzado o medio.

#### Espacio de colaboración y listado de responsables y contactos de las UF:

La composición de todas las UF y los responsables de las mismas se encuentra publicada en la intranet del Servicio Madrileño de Salud, en el Portal de Seguridad del Paciente, donde las UF cuentan con un espacio web específico que sirve de fuente de información, herramienta de trabajo, intercambio de comunicación y base de datos.

#### Actividad:

En 2016, las 43 UF han establecido en total 415 **objetivos** de SP (promedio de 12,5/UF), como puede apreciarse en la siguiente tabla.

**Tabla 7: Objetivos de las UF**

Nº de objetivos establecidos por la Unidad Funcional	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
Nº Objetivos	415	110	13	538
Promedio por Gerencia	11,9	15,7		12,51

Además, el 93 % de las UF han elaborado y difundido 307 materiales divulgativos para promocionar la cultura de seguridad, 264 materiales elaborados por 32 UF de AH, 42 materiales elaborados por las 7 UF de AP y 1 material elaborado por el SUMMA112.

El 69% están dirigidos a profesionales; el 22% a pacientes y el 7% a profesionales y pacientes. Los temas tratados con mayor frecuencia son: Información general sobre SP; Higiene de manos y medidas de control de infección; Uso seguro del medicamento; Cirugía segura; Procedimiento de notificación y gestión de incidentes; Cuidados y técnicas de enfermería; Identificación del paciente; Alertas en la historia clínica; Planes de acogida a nuevos profesionales; Rondas de seguridad; Manejo del dolor.

Los documentos que han adjuntado las UF se encuentran disponibles para todas las UF en el portal de seguridad del paciente.

- **Identificación de incidentes:**

En 2016 se han identificado 21.944 incidentes de seguridad y errores de medicación (18.118 en AH, 3.709 en AP y 117 en SUMMA112). El promedio por cada UF es 510 (superior en AP, 530, y 518 en AH). Todas las UF en AP y 28 (80%) UF en AH han identificado más de 100 incidentes.

**Tabla 8: Identificación de Incidentes por las UF**

<b>Nº de incidentes identificados</b>	<b>AH</b>	<b>AP</b>	<b>SUMMA 112</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Nº de incidentes identificados</b>	<b>18.118</b>	<b>3.709</b>	<b>117</b>	<b>21.944</b>
<b>Promedio por Gerencia/ D.A.AP</b>	<b>518</b>	<b>530</b>	<b>117</b>	<b>510</b>

En cuanto a las fuentes de información utilizadas, las tres más utilizadas para identificar incidentes han sido los sistemas de notificación de incidentes (36%; 7.927 incidentes identificados), los registros relacionados con cuidados (26%; 5.675 incidentes identificados) y el portal de uso seguro del medicamentos (23%; 5.144 incidentes identificados).

- **Análisis de incidentes**

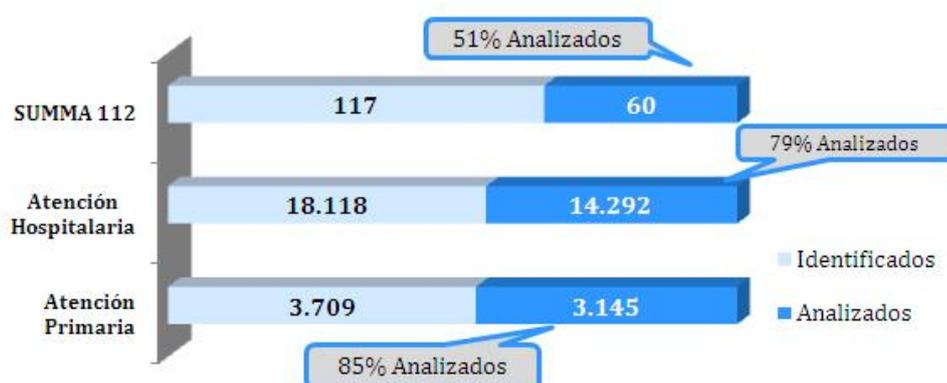
En conjunto se han analizado 17.497 incidentes de seguridad y errores de medicación (406,9 por UF), que corresponden al 79,7% de los incidentes identificados. Todas las UF, de AH, AP y SUMMA112, han realizado análisis de incidentes de seguridad.

**Tabla 9: Análisis de Incidentes por las UF**

Nº de incidentes analizados	AH	AP	SUMMA112	TOTAL
<b>Nº de incidentes analizados</b>	<b>14.292</b>	<b>3.145</b>	<b>60</b>	<b>17.497</b>
<b>Promedio Gerencia</b>	<b>408</b>	<b>449</b>	<b>60</b>	<b>406,9</b>
<b>Rango</b>	<b>(1-1499)</b>	<b>(308-647)</b>		

En la siguiente figura se muestra el porcentaje de incidentes analizados por entornos asistenciales: en AH se han analizado 14.292 (79% de los incidentes identificados en este entorno), en AP 3.145 (85% de los incidentes identificados en este entorno) y en el SUMMA112 se han analizado 60 incidentes (51% de los identificados).

**Figura 9: Porcentaje incidentes analizados respecto a los identificados en AH, AP y SUMMA112**



En relación con la Clasificación de incidentes analizados según los factores relacionados con que están relacionados, los tres con los que más frecuentemente están relacionados los incidentes analizados son: los medicamentos (30%), los cuidados y seguimiento del paciente (19%) y los accidentes del paciente (13%).

En AH el mayor porcentaje de incidentes analizados están relacionados con los cuidados y seguimiento del paciente (23%), seguido por los medicamentos (22%), los accidentes del paciente (16%), dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico (5%) y gestión organizativa/citaciones (5%). En AP: medicamentos (68%), factores relacionados con dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico (6%), identificación del paciente (6%), infraestructuras (6%) y pruebas diagnósticas (5%).

**Tabla 10: Distribución global de incidentes analizados según los factores con los que estuvieron relacionados (ordenados de mayor a menor)**

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	AH	%	AP	%	SUM		TOTAL	%
					MA11	%		
Medicación / vacunas	3.148	22%	2.150	68%	5	8%	5.303	30%
Cuidados y seguimiento del paciente	3.348	23%	14	0%	0	0%	3.362	19%
Accidentes del paciente	2.331	16%	12	0%	0	0%	2.343	13%
Otros	1.014	7%	0	0%	3	5%	1.017	6%
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	670	5%	186	6%	14	23%	870	5%
Gestión organizativa /Citaciones	683	5%	77	2%	9	15%	769	4%
Identificación del paciente	485	3%	177	6%	4	7%	666	4%
Procedimientos quirúrgicos	441	3%	0	0%	0	0%	441	3%
Pruebas diagnósticas	265	2%	162	5%	0	0%	427	2%
Infección relacionada con la atención sanitaria	416	3%	4	0%	1	2%	421	2%
Continuidad asistencial	254	2%	112	4%	20	33%	386	2%
Infraestructuras	207	1%	174	6%	3	5%	384	2%
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	276	2%	50	2%	0	0%	326	2%
Procedimientos terapéuticos	233	2%	9	0%	0	0%	242	1%
Valoración clínica/diagnóstico	226	2%	13	0%	1	2%	240	1%
Sangre y hemoderivados	164	1%	0	0%	0	0%	164	1%
Actividades preventivas	131	1%	5	0%	0	0%	136	1%
<b>TOTAL</b>	<b>14.292</b>		<b>3.145</b>		<b>60</b>		<b>17.497</b>	

En el anexo III, 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 2016 en atención hospitalaria y atención primaria, desglosados por grupo de hospital y dirección asistencial.

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

La puesta de marcha de prácticas seguras es una de las actuaciones fundamentales de cualquier estrategia de seguridad del paciente. En concreto, tanto en nuestro país como a nivel internacional se han introducido diferentes actuaciones de carácter transversal como la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, la higiene de manos o la identificación inequívoca, como otras más específicas centradas en áreas como la cirugía, las urgencias o la atención a pacientes críticos.

El diseño e implantación de actuaciones para mejorar la seguridad del paciente es el resultado de la aplicación del ciclo de gestión de riesgos que ayuda a mejorar la seguridad, evitando la repetición de errores y fallos conocidos y la aparición de otros nuevos.

En la Comunidad de Madrid se ha abordado el despliegue a nivel institucional de grandes líneas de actuación coordinadas con otros organismos como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 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 contraposición, las “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” representan otro nivel de actuación, de abajo a arriba, en el que son los centros y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios quienes diseñan actuaciones para abordar riesgos locales y en ocasiones, cuando las condiciones para ello son adecuadas, promueven su generalización, para extenderlas a toda la organización.

En este apartado se presentan en primer lugar los resultados de los proyectos institucionales abordados en 2016, en el apartado “Prácticas seguras a nivel institucional”, 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.

Por otro lado, en el apartado “Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local” se resume la información sobre las actuaciones desarrolladas por los centros con el impulso de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios. Se detallan en dos apartados: Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras.

## II.1. Prácticas seguras a nivel institucional

### II.1.1. Proyectos Zero en las UCIs: Bacteriemia, Neumonía y Resistencia Zero

Desde 2009 en que se desplegó el proyecto Bacteriemia Zero para la prevención de bacteriemias relacionadas con la inserción de catéter venoso central en las UCIs de hospitales del sistema madrileño de salud, se ha mantenido el seguimiento del proyecto, y abordado posteriormente en 2012 el proyecto Neumonía Zero para la prevención de neumonías asociadas a ventilación mecánica en UCIs (que también se ha mantenido) y el proyecto Resistencia Zero desde 2014, para la prevención de infecciones por microorganismos multirresistentes, todos ellos en coordinación con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En 2016, los tres proyectos se han incluido como objetivos institucionales (*el detalle de la evaluación de los objetivos institucionales relativos a estos proyectos se detalla en el apartado "Organización: Evaluación de los Objetivos Institucionales"*).

### II.1.2. Vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria: 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 infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (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.

La **infección de localización quirúrgica (ILQ)** es una de las áreas prioritarias de vigilancia. Los procedimientos quirúrgicos básicos sobre los que se realiza vigilancia son:

- En adultos: Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Cirugía de colon, Cirugía de recto, Colectomía, BYPASS coronario con doble incisión, BYPASS coronario con incisión simple (torácico) y Cirugía de mama.
- En niños: Apendicetomía, Herniorrafia, Fusión vertebral y Reducción abierta de fractura o luxación: luxación congénita de cadera.

**Tabla 11: Procedimientos quirúrgicos básicos**

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA
<i>Traumatología</i>	<b>HPRO:</b> Prótesis de cadera	Enero a Junio
	<b>KPRO:</b> Prótesis de rodilla	Enero a Junio
<i>Cirugía General y Digestivo</i>	<b>COLO:</b> Cirugía de colon	Julio a Diciembre
	<b>REC:</b> Cirugía de recto	Julio a Diciembre
	<b>CHOL:</b> Colectomía	Julio a Diciembre
<i>Cirugía cardiaca</i>	<b>CBGB:</b> BYPASS coronario con doble incisión	Todo el año
	<b>CBGC:</b> BYPASS coronario con incisión simple (Torácica)	Todo el año
<i>Cirugía de mama</i>	<b>BRST:</b> Cirugía de mama	Todo el año (En hospitales que no realicen cirugía cardiaca)

**Tabla 12: Procedimientos quirúrgicos básicos en los hospitales infantiles**

ÁREA	PROCEDIMIENTO	PERIODO DE VIGILANCIA
<i>Cirugía General y Digestivo</i>	<b>APPY:</b> Apendicectomía	Enero a Junio
	<b>HER:</b> Herniorrafia	Enero a Junio
<i>Traumatología</i>	<b>FUSN:</b> Fusión vertebral	Julio a Diciembre
	<b>FX:</b> Reducción abierta de fractura o luxación: <i>luxación congénita de cadera</i>	Julio a Diciembre

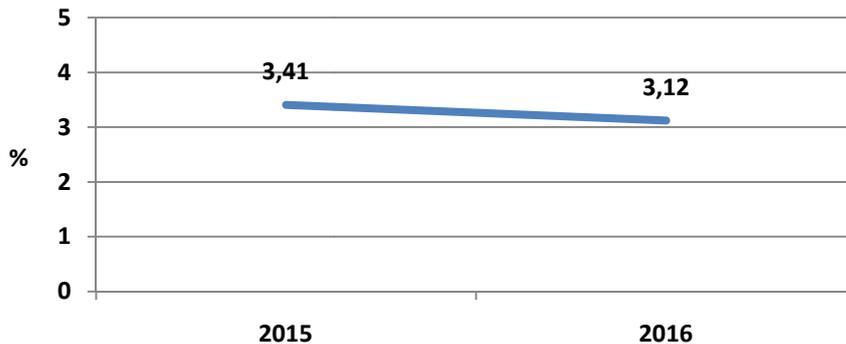
A continuación se presentan los principales indicadores relacionados con la ILQ en el año 2016 y se comparan con el año anterior.

**Tabla 13: Número de ingresos, pacientes, intervenciones e ILQ. Años 2015-2016**

	2015	2016
<b>Nº Ingresos</b>	24.931	24.686
<b>Nº Personas</b>	24.560	24.257
<b>Nº Intervenciones</b>	25.377	25.086
<b>Nº ILQ</b>	866	782

El nº de ILQ en 2016 ha sido de 782 (tasa de ILQ =3,12/100 intervenciones), inferior al año anterior, como se muestra en el gráfico siguiente.

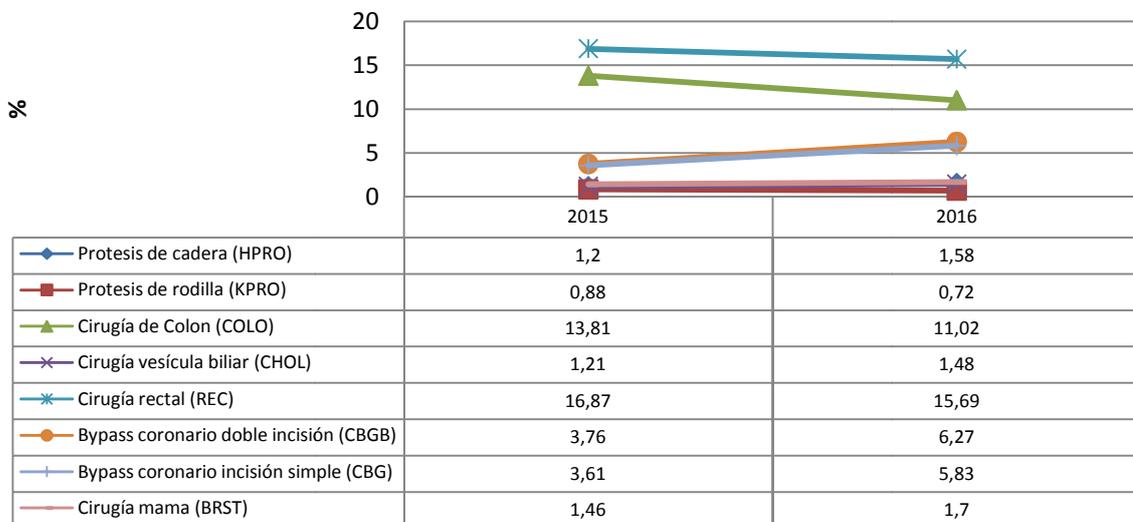
**Figura 10: Incidencia global de ILQ. Años 2015-2016**



En los siguientes gráficos se muestra la evolución desde 2015 de la incidencia por procedimientos, en adultos y en niños.

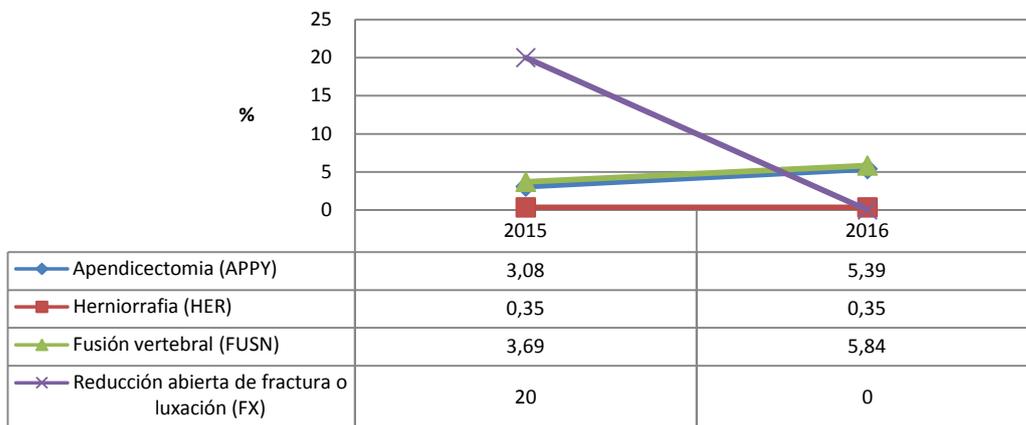
En adultos, disminuye para todos los procedimientos excepto el Bypass coronario doble incisión e incisión simple.

**Figura 11: Incidencia de ILQ por procedimiento en adultos. Año 2013-2016**



En niños, ha disminuido la localización “Reducción abierta de Fractura o luxación” y se mantiene en herniorrafia, aumentando en “Apendicectomía” y “Fusión Vertebral”.

**Figura 12: Incidencia de ILQ por procedimiento en niños. Año 2015-2016**



### 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. Por ello, tanto la Consejería de Sanidad como el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desarrollan cada año actuaciones específicas de acuerdo con las directrices de la OMS.

Las actividades más destacadas del proyecto institucional de Higiene de Manos de la Consejería de Sanidad en 2016 a nivel central han sido las siguientes: se ha impulsado la actividad del grupo coordinador de higiene de manos del Servicio Madrileño de Salud, se ha llevado a cabo la evaluación de la práctica de higiene de manos y 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”*).

Con motivo de la celebración del Día Mundial de Higiene de Manos (5 de mayo) se realizó el *I concurso de dibujo infantil de higiene de manos* al que se presentaron 96 dibujos realizados por niños de 4 a 13 años. También se realizó un acto público de entrega de reconocimientos a los finalistas y ganadores el día 13 de junio en el Hospital Ramón y Cajal que contó con la presencia del Consejero de Sanidad y donde se inauguró la

exposición itinerante con todos los dibujos finalistas por los centros del SERMAS; exposición que a lo largo de 2016 ha continuado su recorrido por los diferentes hospitales del SERMAS bajo la coordinación de la Subdirección.

Las imágenes de los dibujos premiados se presentan a continuación:

**Figura 13: Dibujos premiados en el I concurso de dibujo infantil de higiene de manos**

<p>Modalidad de 4 a 7 años. PRIMER PREMIO I concurso de dibujo infantil de higiene de manos Título: "Si no te lavas las manos se pondrá más malo"</p>	<p>Modalidad de 8 a 13 años. PRIMER PREMIO I concurso de dibujo infantil de higiene de manos Título: "Lo primero higiene de manos"</p>
	

Se ha elaborado además una memoria que recoge las actuaciones realizadas en Atención Hospitalaria, Atención Primaria y SUMMA112 con motivo del Día Mundial de Higiene de Manos 2016, que está disponible en el área de higiene de manos del portal de seguridad del paciente. Y también se realizó la evaluación de los indicadores de higiene de manos del Sistema Nacional de Salud relativos a 2015.

Adicionalmente, se ha realizado la difusión y actualización de documentos en el área temática de higiene de manos del portal de seguridad de la intranet, entre ellos los nuevos carteles diseñados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, así como actividades de formación que se recogen en el apartado "Aprendizaje y futuro".

#### II.1.4. Seguridad del Paciente Quirúrgico

En 2016 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y diversas Sociedades Científicas elaboraron dos protocolos de seguridad del paciente: el Proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ), cuyo objetivo es reducir globalmente reducir un 15% la tasa de ILQ durante el primer año de aplicación del protocolo, liderado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública y el Proyecto Cirugía Segura (CS), cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica en los hospitales del SNS, liderado por la Asociación Española de Cirugía.

Para abordar la implantación de estos proyectos en la Comunidad de Madrid, la SG de Calidad Asistencial ha constituido el **Comité de seguimiento del Proyecto Seguridad del Paciente Quirúrgico**. En este comité participan representantes hospitalarios de: Cirugía, Anestesia, Enfermería, M Preventiva, Gestores, Calidad, Seguridad del paciente, Proyecto Zero UCI, así como las Unidades directivas responsables de la Consejería de Sanidad (SG Calidad Asistencial, Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, Gerencia de Cuidados y SG Epidemiología).

Tras un análisis de los aspectos comunes y diferentes de ambos proyectos, el ámbito de los mismos, las dos plataformas para registrar los datos y la formación prevista para cada uno, las actuaciones abordadas en 2016, además de la constitución del Comité Institucional, han sido: la creación en cada hospital de un **grupo coordinador** con representantes del equipo directivo, el Área Quirúrgica, Medicina preventiva y calidad, con distintos perfiles profesionales (gestor, medico, enfermero, etc.) y el nombramiento de un **representante del centro**, la **revisión de los dos protocolos** y el **enfoque unificador** de la Comunidad de Madrid para realizar un diagnóstico de situación a nivel de centro.

#### 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 2016, la Consejería de Sanidad ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas a profesionales y pacientes.

A continuación se detallan estructuradas en cuatro apartados: las relacionadas con la notificación de errores de medicación, las derivadas de la estrategia para la reducción del

uso crónico de benzodiazepinas, la resolución sobre identificación de las vías de administración de medicamentos y otras actuaciones.

**Actuaciones derivadas de los errores de medicación notificados en el portal de uso seguro de medicamentos**, al que los profesionales sanitarios notifican errores de medicación, de forma anónima, y 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 2016 se han recibido 6.607 notificaciones sobre errores de medicación: 4.002 procedentes de los Hospitales (AH), 2.193 desde Atención Primaria (AP) y el resto de otros ámbitos asistenciales como la Red de Farmacias Centinela y Residencias de Ancianos. A partir del análisis de las mismas se han realizado 79 actuaciones:

- 1) 12 Notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con propuestas de mejora sobre las presentaciones de los medicamentos para su mejor utilización.
- 2) 8 Boletines de Recomendaciones a Profesionales para fomentar el Uso Seguro de Medicamentos.
- 3) 8 Noticias de interés para pacientes sobre uso seguro de los medicamentos y productos sanitarios, en el Portal de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- 4) 11 Boletines para AH y 11 Boletines para AP de Análisis de sus Notificaciones, incluyendo el análisis de los errores de medicación en niños y personas mayores de 65 años en el ámbito de atención primaria, así como información sobre los errores de medicación con medicamentos de alto riesgo en atención especializada.
- 5) 11 Informes de seguimiento de objetivos de errores de medicación para AH y 11 Informes de Seguimiento de objetivos de errores de medicación para AP.
- 6) 7 Boletines destinados a todos los ámbitos asistenciales, que incluyen un Resumen mensual de las notificaciones recibidas. En ellos se presenta un análisis de todos los errores de medicación recibidos en ese periodo, así como 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.
- 7) Difusión de los Boletines y Alertas de Medicamentos a los profesionales, a través de las listas de distribución, desde el Portal de Uso Seguro de Medicamentos.

**Estrategia de reducción de uso crónico de benzodiazepinas**, cuyo despliegue en todos los CS y centros sociosanitarios de la Agencia Madrileña de Atención Social de la Comunidad de Madrid se inició en febrero de 2016, dado que en tratamientos

prolongados pierden su eficacia y pueden aparecer problemas de tolerancia, abuso, además de efectos adversos como pérdida de memoria y de reflejos, confusión y mayor riesgo de caídas y fracturas. Los principales recursos que se ofrecen son:

- Programa de formación, con cursos presenciales y online, de todos los médicos y enfermeras de los CS y residencias de mayores.
- Hojas de información al paciente.
- Un protocolo de registro en la historia clínica electrónica que permite obtener un calendario automático de reducción de dosis.
- Cortador 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.

**Identificación de las vías de administración de medicamentos:** el pasado 13 de Diciembre se firmó la Resolución 609/2016 del Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria por la que se dictan 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. En dicha resolución, se indica cómo debe realizarse la identificación de las vías de administración de medicación, las diluciones de fármacos en sueros y los fármacos de anestesia con diferentes etiquetas promoviendo la implantación de prácticas seguras en todos los centros sanitarios del SERMAS.

Adicionalmente se ha desarrollado:

- Programa de formación en tres fases dirigidas a directivos, formadores clave (curso presencial 3h + 20h online) y profesionales en general (curso presencial 3h + 20h online).
- Información en la intranet de Farmacia donde se ha abierto un espacio web que consta de toda la información sobre esta plan y de una app, desde la que se puede acceder a través de dispositivos móviles y ordenadores con acceso a internet donde se puede consultar el color de las diferentes vías de administración, así como el etiquetado de fármacos de anestesia.
- Expediente de compra centralizada de etiquetas para minimizar el impacto económico y para asegurar la necesaria uniformidad en los distintos sistemas utilizados.

## Otras actuaciones sobre el uso seguro de medicamentos

- A nivel hospitalario se han establecido pautas, para evitar errores en actividades con más riesgo como la utilización de soluciones de gran volumen no adecuadas para administrar por vía intravenosa directa.
- Difusión del documento “Estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizadas en la prescripción de medicamentos en la Comunidad de Madrid” a través de la intranet, Intranet de la Consejería de Sanidad, madrid.org y el Portal de Uso Seguro de Medicamentos y se ha abordado la difusión del tríptico resumen del documento de estandarización a pacientes y oficinas de farmacia.
- Elaboración de un díptico/tríptico con los criterios STOP START e inclusión en la web de farmacia un apartado específico con información de estos criterios y abordaje mediante un grupo de trabajo (médicos de urgencias, geriatras, farmacéuticos) de la priorización los criterios STOP START más relevantes en la urgencia.
- Difusión entre todos los profesionales sanitarios del SERMAS el uso de la calculadora de dosis pediátricas y diseño de la estrategia de difusión a población general para dar a conocer el servicio.
- Participación en el Informe de Posicionamiento Terapéutico de nuevos anticoagulantes orales.
- Taller dirigido a población mayor sobre el conocimiento de los medicamentos y su correcta utilización (incluye tema de adherencia y hoja de medicación).
- Normalización del nomenclator y codificación con SNOMED para mejorar la cumplimentación del apartado de alergias e intolerancias en las historias clínicas.
- Formación a profesionales sanitarios sobre:
  - medicamentos potencialmente inapropiados
  - utilización racional de dietoterápicos
  - utilización racional de productos sanitarios (apósitos, absorbentes de incontinencia urinaria ...)
- Circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA112 y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud: Elaboración del listado de antídotos susceptibles de inclusión, Elaboración de Procedimiento Normalizado de Trabajo de suministro centralizado de antídotos, en desarrollo la Implantación mediante Resolución y difusión del Procedimiento Normalizado de Trabajo.
- Elaboración de Boletines de Recomendaciones dirigidos a Profesionales para evitar errores con medicamentos de alto riesgo en los Servicios de Urgencia y en atención hospitalaria

### II.1.6. Entornos de Especial Riesgo en Atención Primaria

Aunque la práctica clínica en atención primaria es razonablemente segura si tenemos en cuenta la baja frecuencia de eventos adversos y el elevado porcentaje que son leves, tiene unas características que hacen que la seguridad del paciente sea una prioridad: un porcentaje elevado de evitabilidad, el importante número de incidentes que se notifican, el elevado número de personas que son atendidas en sus consultas y en el domicilio, la asunción de cuidados y tratamientos que tradicionalmente se realizaban en los hospitales (cirugía menor, cuidados paliativos, manteniendo de catéteres de vía central...), la realización de cuidados cada vez más complejos y técnicos con aumento de los dispositivos médicos invasores (catéteres urinarios, naso gástricos) y el manejo y control de medicamentos de alto riesgo, como son las insulinas o los anticoagulantes orales.

En este sentido, la atención en consulta es el proceso asistencial de mayor riesgo y, dentro de éste, la prescripción y administración de medicamentos por profesionales sanitarios y los procedimientos terapéuticos. Aunque la medicación es el tipo de incidente más frecuente en el proceso de prescripción y procedimientos en consulta, son también relevantes los relacionados con dispositivos médicos y con la identificación del paciente.

En la gestión de pruebas de laboratorio y muestras biológicas hay que prestar especial atención a la extracción y recogida de muestras así como a la carga, recepción y entrega de resultados. En el proceso de extracción y recogida de muestras, los incidentes que se producen con mayor frecuencia están relacionados con los dispositivos y la identificación del paciente.

En la gestión de pruebas diagnósticas los incidentes se producen fundamentalmente durante el proceso de carga, recepción y entrega de resultados y tienen que ver con la valoración y diagnóstico (retraso o erróneo), la identificación del paciente errónea en los resultados o la entrega.

En 2016, además de los objetivos institucionales descritos en el primer bloque de este documento, “Organización”, en el que hay un apartado específico para Atención Primaria, también la ESP15-20 despliega una línea específica en AP, cuyas actuaciones en este período han sido:

En relación a la **seguridad de los pacientes atendidos en las consultas** de los CS se han desarrollado diferentes actuaciones con el objetivo de lograr el acceso a la historia clínica informatizada en todos los puntos de atención de pacientes dentro de los CS, analizar en

profundidad las interrupciones en consulta y mejorar el almacenaje de medicación en los CS.

Respecto a la **atención a los pacientes en el domicilio**: Se ha actualizado el procedimiento interno de los CS para gestión avisos domiciliarios para disminuir incidentes relacionados con retrasos y errores, abordado aspectos de seguridad en la formación de profesionales en el seguimiento telefónico de pacientes y las visitas domiciliarias proactivas, de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas

Se ha diseñado y difundido entre los profesionales los circuitos de coordinación establecidos entre las direcciones asistenciales de AP y hospital/es de referencia que garanticen la continuidad asistencial en el **control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k**.

## II.2. Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente a nivel local

Además de las prácticas seguras y proyectos institucionales descritos, los centros sanitarios, con el apoyo de las UF, realizan actuaciones para mejorar la SP derivadas de la identificación y análisis de incidentes. Estas actuaciones, que se recogen a través del informe de actividad de las UF, se clasifican en Recomendaciones de Seguridad y Prácticas Seguras, en función de la evidencia científica disponible.

Si no hay estudios concluyentes o la evidencia científica no es sólida hablamos de **Recomendaciones de seguridad**. Éstas pueden aplicarse a nivel local y entonces hablamos de “medidas correctoras (RSL)” o pueden aplicarse de manera más generalizada (a varios o a todos los CS o a más de un servicio de uno o varios hospitales) y entonces hablamos de “recomendaciones de seguridad generalizables (RSG)”.

Si hay una sólida evidencia científica de que son efectivas en la reducción de riesgos y con una alta probabilidad de mejorar la SP, hablamos de **Prácticas seguras** implantadas. Aquí se incluyen prácticas que han demostrado su efectividad, en función de si pueden aplicarse a uno, varios o a todos los CS de una dirección asistencial, servicios de un hospital (“prácticas seguras locales, PSL”) o bien a centros de otros entornos asistenciales y de gestión distintos de los propios (“prácticas seguras generalizables, PSG”).

El número total de “actuaciones para mejorar la SP” (recomendaciones de seguridad +prácticas seguras) informadas por las UF en 2016 ha sido de **5.592**: el 98% actuaciones

locales y el 2% generalizables. En la siguiente tabla se muestran desglosadas por ámbito asistencial y tipo de actuación.

**Tabla 14: Distribución de las actuaciones para mejorar la SP por ámbito asistencial y tipo de actuación**

Nº actuaciones para mejorar la seguridad paciente	AH	AP	SUMMA 112	TOTAL
Nº de medidas correctoras (RSL)	2.331	2.946	21	<b>5.298</b>
Nº Recomendaciones Seguridad generalizables (RSG)	84	18	3	<b>105</b>
Nº de prácticas seguras locales y Generalizables (PS)	188	1	0	<b>189</b>
<b>Total</b>	<b>2.603</b>	<b>2.965</b>	<b>24</b>	<b>5.592</b>

Como se aprecia en la siguiente tabla, los tres factores a los que globalmente se asocian más frecuentemente las actuaciones son: Medicación / vacunas con 2.649 actuaciones (47%), Dispositivos médicos/ equipamiento/mobiliario clínico con 380 (7%) y Cuidados y seguimiento del paciente, con 342 actuaciones (6%).

Por entornos, la distribución es diferente a la global: en AH los grupos de medidas más frecuentes corresponden a medicación/vacunas (22%), cuidados y seguimiento del paciente (13%), gestión organizativa /citaciones (8%), dispositivos médicos y equipamiento (8%), documentación clínica/información/consentimiento informado (7%), identificación del paciente y continuidad asistencial con un 5% respectivamente.

En AP son: medicación/vacunas (70 %), seguido de dispositivos médicos, identificación del paciente, infraestructuras y pruebas diagnósticas con un 5% respectivamente.

Por último, en el SUMMA112 la mayoría de las medidas correctoras implantadas están relacionadas con: medicación/vacunas (33%), continuidad asistencial (17%), cuidados y seguimiento del paciente e infraestructuras con un 13% respectivamente.

**Tabla 15: Distribución de las actuaciones para mejorar la SP en su conjunto por aspectos con las que están relacionadas**

ACTUACIONES PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	AH	%	AP	%	SUMMA112	%	TOTAL	%
Medicación / vacunas	575	22%	2.066	70%	8	33%	2.649	47%
Dispositivos médicos/ equipamiento/mobiliario clínico	215	8%	164	6%	1	4%	380	7%
Cuidados y seguimiento del paciente	326	13%	13	0%	3	13%	342	6%
Identificación del paciente	139	5%	160	5%	1	4%	300	5%
Gestión organizativa /Citaciones	219	8%	70	2%	2	8%	291	5%
Pruebas diagnósticas	104	4%	152	5%	0	0%	256	5%
Infraestructuras	82	3%	158	5%	3	13%	243	4%
Continuidad asistencial	133	5%	101	3%	4	17%	238	4%
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	174	7%	44	1%	0	0%	218	4%
Actividades preventivas	137	5%	5	0%	1	4%	143	3%
Procedimientos terapéuticos	88	3%	6	0%	0	0%	94	2%
Procedimientos quirúrgicos	93	4%	0	0%	0	0%	93	2%
Valoración clínica/diagnóstico	75	3%	9	0%	0	0%	84	2%
Infección relacionada con la atención sanitaria	77	3%	4	0%	1	4%	82	1%
Accidentes del paciente	60	2%	13	0%	0	0%	73	1%
Otros	56	2%	0	0%	0	0%	56	1%
Sangre y hemoderivados	50	2%	0	0%	0	0%	50	1%
<b>TOTAL</b>	<b>2.603</b>		<b>2.965</b>		<b>24</b>		<b>5.592</b>	

\* Actuaciones para mejorar la seguridad del paciente incluye: Recomendaciones de Seguridad (Locales y generalizables) y Prácticas Seguras (locales y generalizables)

### II.2.1. Recomendaciones de seguridad

**Recomendaciones de seguridad específicas (medidas correctoras):** En 2016 se han implantado 5.298 recomendaciones de seguridad específicas, también denominadas. El 91% de las UF han implantado alguna medida correctora en este periodo: 100% de las direcciones asistenciales de AP (media de 421/UF), y el 89% de las UF de AH (media de 67/UF).

La distribución de los factores con que están relacionadas las medidas correctoras puede apreciarse en la siguiente tabla. Globalmente las medidas correctoras implantadas están relacionadas con medicación/ vacunas (48%), dispositivos médicos y equipamiento (7%) y cuidados y seguimiento del paciente (6%).

La distribución de los factores con las que están relacionadas las medidas correctoras, por nivel asistencial (AH, AP y SUMMA112) es la siguiente:

- En AH los grupos de medidas más frecuentes son medicación/vacunas (22%), cuidados y seguimiento del paciente (12%), gestión organizativa /citaciones (9%), dispositivos médicos y equipamiento (8%), identificación del paciente (5%) y continuidad asistencial (5%);
- En AP son: medicación/vacunas (70 %), dispositivos médicos, identificación del paciente, infraestructuras y pruebas diagnósticas con un 5% respectivamente y
- En el SUMMA112 las medidas correctoras implantadas están relacionadas con medicación/vacunas (38%), cuidados y seguimiento del paciente e infraestructuras con un 14% respectivamente.

**Tabla 16. Aspectos relacionados con las medidas correctoras por nivel asistencial**

MEDIDAS CORRECTORAS	AH	AP	SUMMA 112	TOTAL	%
Medicación / vacunas	509	2051	8	2.568	48%
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	199	162	1	362	7%
Cuidados y seguimiento del paciente	287	13	3	303	6%
Identificación del paciente	127	160	1	288	5%
Gestión organizativa /Citaciones	200	69	2	271	5%
Pruebas diagnósticas	93	151	0	244	5%
Infraestructuras	80	158	3	241	5%
Continuidad asistencial	119	101	2	222	4%
Documentación clínica/información/consentimiento informado	158	44	0	202	4%
Actividades preventivas	116	5	0	121	2%
Procedimientos terapéuticos	78	6	0	84	2%
Procedimientos quirúrgicos	84	0	0	84	2%
Valoración clínica/diagnóstico	68	9	0	77	1%
Accidentes del paciente	59	13	0	72	1%
Infección relacionada con la atención sanitaria	65	4	1	70	1%
Otros	48	0	0	48	1%
Sangre y hemoderivados	41	0	0	41	1%
<b>TOTAL</b>	<b>2.331</b>	<b>2.946</b>	<b>21</b>	<b>5.298</b>	

**Recomendaciones de seguridad generalizables (RSG):** El número total de recomendaciones de seguridad generalizables que se han implantado en 2016 es de 105. El 56% de las UF han implantado alguna recomendación de seguridad generalizable en este periodo: 100% de las direcciones asistenciales de AP (3 de media/UF), y el 46% de las UF de AH (2 de media/UF).

La distribución de los factores con las que están relacionadas las RSG, por nivel asistencial (AH, AP y SUMMA112) es la siguiente:

**Tabla 17: Aspectos relacionados con las Recomendaciones de Seguridad Generalizables**

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD GENERALIZABLES	AH	AP	SUMMA112	TOTAL	%
Medicación / vacunas	21	14		35	33%
Cuidados y seguimiento del paciente	9			9	8%
Procedimientos terapéuticos	8			8	8%
Gestión organizativa/ citaciones	6	1		7	7%
Continuidad asistencial	4		2	6	6%
Documentación clínica/ información/ CI	6			6	6%
Sangre y hemoderivados	5			5	5%
Procedimientos quirúrgicos	5			5	5%
Actividades preventivas	2		1	4	4%
Pruebas diagnósticas	3	1		4	4%
Identificación del paciente	4			4	4%
Dispositivos médicos/ equipamiento	2	2		4	4%
Valoración clínica/diagnóstico	3			3	3%
Otros	3			3	3%
Infección. relacionada con la at. sanitaria	2			2	2%
Infraestructuras	1			1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>105</b>	

En conjunto, los tres aspectos con los que están relacionadas de mayor a menor frecuencia son: 35 de medicación/ vacunas (33%), 9 de cuidados y seguimiento del paciente (8%) y 8 procedimientos terapéuticos (8%).

## II.2.2. Prácticas seguras

El número total de prácticas seguras en 2016 es de 189: el 60% de las UF han comunicado alguna práctica segura en este periodo (el 71% en AH, 5 de media/UF, y el 14% en AP). El 93% son prácticas seguras locales (176) y el 7% prácticas seguras generalizables (13).

A modo de ejemplo, en relación con una actividad preventiva, en Atención Primaria se ha desarrollado e implantado en todos los CS una Práctica Segura Generalizable sobre inmunización segura, para adecuar en los centros de un circuito de recepción de vacunas, el almacenamiento, la revisión sistemática de la caducidad y la difusión del cartel "pasos para una vacunación segura" y del calendario actualizado de vacunación.

En la siguiente tabla se detallan los aspectos con los que están relacionadas las prácticas seguras que se consideran implantadas, de mayor a menor frecuencia. Los tres primeros son: 46 (24%) de medicación/vacunas, 30 (17%) de cuidados y seguimiento del paciente y 19 (10%) de actividades preventivas.

**Tabla 18. Aspectos relacionados con las prácticas seguras por nivel asistencial pendiente**

PRÁCTICAS SEGURAS	AH	AP	SUMMA11 2	TOTAL	%
Medicación / vacunas	45	1		46	24%
Cuidados y seguimiento del paciente	30			30	17%
Actividades preventivas	19			19	10%
Dispositivos médicos/ equipamiento	14			14	7%
Gestión organizativa/ citaciones	13			13	7%
Doc. clínica/ información/ consen.inform.	10			10	6%
Identificación del paciente	8			8	4%
Pruebas diagnósticas	8			8	4%
Otros	5			5	3%
Procedimientos quirúrgicos	4			4	2%
Sangre y hemoderivados	4			4	2%
Valoración clínica/diagnóstico	4			4	2%
Procedimientos terapéuticos	2			2	1%
Accidentes del paciente	1			1	1%
Infraestructuras	1			1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>189</b>	

En el anexo III se recogen una tabla resumen de las prácticas seguras generalizables presentadas en 2016.



### 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 siguientes objetivos estratégicos, teniendo en cuenta que todos los profesionales, deben tener unos conocimientos básicos sobre los conceptos y la magnitud del problema, sobre los sistemas de notificación que tienen a su disposición y sobre la implantación de prácticas seguras.

A otro nivel, 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.

En este apartado se resumen en primer lugar las actividades de formación sobre seguridad del paciente realizadas a lo largo del año 2016, la actividad derivada de los sistemas de notificación y por último, distintas actuaciones que contribuyen a fortalecer el aprendizaje y el desarrollo en seguridad del paciente en nuestra organización desde el ámbito del conocimiento.

### **III.1. Actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente:**

En 2016 las actuaciones de formación centralizada en seguridad del paciente impulsadas por la SG de Calidad Asistencial dirigidas a los profesionales sanitarios, con especial foco en los miembros de las UF y los Responsables de Seguridad de los Servicios y Centros de Salud, han incluido el diseño y ejecución de 9 actividades diferentes, de entre 5 y 55 horas de formación, con un total de 31 ediciones en conjunto, proporcionando formación a un total de 509 alumnos.

Se han abordado actividades formativas basadas en nuevas tecnologías (simulación; diseño, pilotaje e implementación de formación on line en seguridad del paciente); cursos de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios, herramientas de análisis, cultura de seguridad, higiene de manos y apoyo a la implantación de CISEMadrid.

Uno de los aspectos más novedosos en este conjunto de actividades ha sido el inicio de la formación online, que permitirá ampliar el alcance de la formación y la accesibilidad para los profesionales, ya que incorpora 200 alumnos por edición.

La formación en simulación, también novedosa aunque ya iniciada en 2015, está recomendada por los principales organismos expertos en seguridad del paciente en los ámbitos asistenciales, académicos y de investigación.

En 2016 se abordaron, al igual que en 2015, la simulación en el manejo de crisis en diferentes ámbitos asistenciales (cirugía, hospitalización médica, obstetricia, pediatría y urgencias), la comunicación de eventos adversos y la comunicación efectiva en los equipos de trabajo.

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

**Tabla 19: Formación en Seguridad del Paciente 2016**

TÍTULO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA	EDICIONES	HORAS	DIRIGIDO A
HERRAMIENTAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE: ACR Y AMFE	1	15	Profesionales con conocimientos previos en seguridad del paciente interesados en profundizar en herramientas avanzadas de análisis
MANEJO DEL SISTEMA DE COMUNICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD Y ERRORES DE MEDICACIÓN (CISEMADRID)	6	5/ED	Profesionales sanitarios y no sanitarios de las UF de los hospitales.
SEGURIDAD DEL PACIENTE: GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (PRESENCIAL)	1	20	Miembros de las UF, Responsables de Seguridad del Paciente de Servicios/Unidades y Profesionales interesados en la gestión de riesgos de los centros sanitarios
LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	10	Miembros de las UF, Responsables de Seguridad del Paciente de Servicios/Unidades y profesionales interesados en la gestión de riesgos de los centros sanitarios.
OBSERVACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS. FORMACIÓN DE FORMADORES.	2	10/Ed	Médicos y enfermeras de A. Especializada y Primaria que trabajen en servicios de M. Preventiva o con experiencia en prevención y control de infecciones, con formación en observación del cumplimiento de higiene de manos y que vayan a actuar como formadores en sus centros.
SEGURIDAD DEL PACIENTE: GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS (ON-LINE)	1	55	Miembros de las UF y Responsables de Seguridad del Paciente de Unidades/Servicios o centros; tanto de hospitales como de atención primaria y SUMMA112.
<b>SIMULACIÓN</b>			
INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TALLER DE SIMULACIÓN DE MANEJO DE CRISIS	11	7/Ed	Equipos mixtos de médicos y enfermeras que trabajen en las diferentes áreas a las que van dirigidas las diferentes ediciones
TALLER DE COMUNICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS. HERRAMIENTAS DE SIMULACIÓN.(5ED)	5	6/Ed	Médicos y enfermeras con actividad asistencial en hospitales o atención primaria que posteriormente desarrollen esta actividad formativa en sus centros en calidad de formadores
INTRODUCCIÓN A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. TALLER DE SIMULACIÓN: COMUNICACIÓN EFECTIVA (3ED)	3	7/Ed	Médicos y enfermeras con actividad asistencial en hospitales o atención primaria

Adicionalmente, otras UD 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**

En la Comunidad de Madrid los hospitales han utilizado diversos sistemas de notificación a nivel local para la identificación de incidentes de seguridad y errores de medicación, electrónicos y en papel, y en Atención Primaria, desde 2011 existe un sistema electrónico de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación de desarrollo propio, CISEMAP. CISEM-AP permitía trasladar los errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento, un sistema de notificación específico para errores de medicación, evitando así la duplicación.

En 2014 y 2015, se desarrolló a partir de CISEM-AP, un sistema que permite la notificación desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria, CISEMadrid, que igualmente permite trasladar los errores de medicación notificados en él al Portal de Uso Seguro del Medicamento.

Durante 2016 se realizó el pilotaje de la aplicación y la formación de usuarios de todas las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de hospitales. A partir de mayo de 2016 se inició la implantación en hospitales, ya que en Atención Primaria se continuó trabajando con la aplicación sin interrupción.

### **III.2.1. Implantación de CISEMadrid**

La aplicación de CISEMadrid permite la notificación anónima y confidencial desde cualquier puesto de la intranet sanitaria, como se ha comentado incorpora la notificación de errores de medicación al Portal de Uso Seguro del Medicamento y 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 y Responsables de Seguridad de Servicios en los hospitales.

Existen otros perfiles (Responsables de Servicio, Dirección y Comunidad de Madrid) que acceden a estadísticas y también se muestran estadísticas por centro a todos los usuarios, con objeto de difundir y dar a conocer la notificación de incidentes. Además, CISEMadrid

incorpora un banco de prácticas seguras y estadísticas accesibles a todos los profesionales en la intranet.

Durante 2016 se finalizó el diseño de la aplicación para Atención Hospitalaria (implantada en AP desde 2011), se abordó el pilotaje en tres hospitales y se completó la formación inicial de las 35 UF.

En mayo de 2016 se inició la implantación escalonada en hospitales, de modo que a diciembre de 2016, 30 hospitales (86%) habían iniciado la notificación de incidentes y errores de medicación a través de CISEMadrid y de ellos 22 (63%) habían iniciado la gestión de incidentes y errores de medicación con el nuevo sistema.

En 2016, se han producido 7.757 **notificaciones** a través de CISEMadrid, tanto de incidentes de seguridad como errores de medicación, el 53% procedentes de Atención Primaria y el 47% restante de Atención Hospitalaria (de los 30 hospitales en los que se había implantado desde mayo de 2016). Las notificaciones, tras un análisis inicial, son clasificadas como incidentes o errores de medicación, que se someten a un proceso de análisis, u otras que se cierran por no considerarse incidentes ni errores, por lo que no requieren mayor tratamiento.

En 2016 también se constituyó un **grupo funcional de CISEMadrid**, coordinado desde la SG de Calidad Asistencial, en el que participan representantes de 5 hospitales, Atención Primaria y la SG de Farmacia y Productos Farmacéuticos y cuya función es proponer mejoras y nuevas funcionalidades de la aplicación, que se definen en detalle en coordinación con la Dirección General de Sistemas de Información, responsable del desarrollo, y se van desarrollando, pilotando e implementando progresivamente, con la coordinación de la SG de Calidad Asistencial.

### III.2.2. Portal Uso Seguro del Medicamento

En el portal de uso seguro de medicamentos los profesionales sanitarios notifican errores de medicación desde hospitales, Atención Primaria, Red de Farmacias Centinela y Residencias de Ancianos, de forma anónima (<https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/>). Una parte de los errores que recibe corresponden a los errores de medicación que han sido previamente notificados en CISEMadrid, de modo que no es necesario duplicar esas notificaciones. Derivado del análisis de las notificaciones y en coordinación con las UF, se realizan actividades con el objetivo de minimizar la posibilidad de que se vuelvan a producir.

Durante el año 2016 se han recibido 6.607 notificaciones sobre errores de medicación: 4.002 procedentes de los Hospitales, 2.193 desde AP y el resto de otros ámbitos asistenciales como la Red de Farmacias Centinela y Residencias de Ancianos. Las acciones desarrolladas a partir de estas notificaciones se detallan en el apartado II.1.5. sobre el Uso seguro del medicamento.

Una parte de las notificaciones recogidas en el Portal se incluyen en el total de incidentes de seguridad y errores de medicación notificados, que se obtienen del Sistema de información de las UF (SIAUF) y que se detalla en el apartado I.3.

### III.3. Comunicación y difusión del conocimiento

#### Comunicación:

La comunicación periódica a la organización el 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 SG de Calidad Asistencial;
- Jornadas de trabajo de las UF que se desarrollan semestralmente, a las que acuden los miembros de las UF y en las que se presentan los datos de actividad obtenidos a través del Sistema de Información de las UF (SIAUF), así como información relevante sobre la marcha de proyectos institucionales y actividades de interés en SP;
- Actualización del portal de seguridad de la intranet, que permite la difusión de información dentro de la organización, así como el trabajo colaborativo de distintos grupos de profesionales (UF, Comité Operativo de Seguridad del Paciente, Proyectos Zero, Cirugía Segura, etc).

En el portal de seguridad se publican regularmente noticias y novedades relativas a seguridad del paciente, informes y memorias, material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las UF y material de formación.

En la siguiente tabla se recoge el detalle de los aspectos enumerados en este apartado.

**Tabla 20: Elementos desplegados para impulsar la comunicación y la difusión del conocimiento científico en seguridad del paciente**

<b>DOCUMENTOS</b>
Memoria de evaluación de la ESP 2015-2020: en 2016 se elaboró y presentó la Memoria 2015 al Comité Operativo de la ESP y a las UF, y se publicó en el portal de seguridad de la intranet corporativa.
Informes semestrales de actividad de las UF: presentación en las jornadas de trabajo y publicación en el portal de seguridad de la intranet corporativa.
Elaboración y publicación en el portal de seguridad del Informe de implantación de CISEMadrid en Atención Hospitalaria
<b>JORNADAS</b>
Jornadas semestrales de trabajo de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios
<b>PORTAL DE SEGURIDAD en la INTRANET CORPORATIVA</b>
Difusión de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informes y memorias</li><li>• Material de cultura de seguridad y prácticas seguras de las UF</li><li>• Noticias y novedades.</li><li>• Material de formación</li></ul>
<b>OBSERVATORIO DE RESULTADOS</b>
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 Está accesible en el portal salud y se pueden desglosar por centro y proporciona información anual desde 2013. <a href="http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&amp;language=es&amp;pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_servicioPrincipal&amp;vest=1354183538063">http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&amp;language=es&amp;pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_servicioPrincipal&amp;vest=1354183538063</a>

### **Divulgación del Conocimiento Científico en Seguridad del Paciente:**

En el último trimestre de 2016 se ha constituido el Grupo de Divulgación del Conocimiento Científico en Seguridad del Paciente.

El grupo está formado por 16 expertos en documentación, publicación científica y seguridad del paciente de Hospitales, Atención Primaria y SUMMA112, junto con un colaborador del Centro Colaborador Cochrane de la Comunidad de Madrid, y de la propia SG de Calidad Asistencial.

El grupo ha sido constituido para asesorar a la SG de Calidad Asistencial en el diseño y ejecución de actuaciones para la divulgación de la cultura y el conocimiento científico en seguridad del paciente y participar en la elaboración de productos de divulgación y contribuir a su difusión dentro y fuera de la Consejería de Sanidad.

La constitución del grupo deriva de diferentes objetivos estratégicos de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, relacionados con la identificación, difusión y acceso a la información relevante en seguridad del paciente, tanto por pacientes y ciudadanos como por profesionales y la propia organización en general.

El grupo ha iniciado su actividad elaborando un catálogo de documentos clave en seguridad del paciente, que estará accesible en internet y se dirige a diferentes perfiles de usuarios y definiendo estrategias de búsquedas bibliográficas para posteriormente desarrollarlas y publicarlas, también en internet.

Otras actividades a abordar por el grupo incluyen el impulso a la publicación de noticias y novedades de SP en la intranet corporativa, así como de información institucional sobre seguridad del paciente.

**ANEXOS**



## I. Decreto del Observatorio de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid

**BOCM**

**BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID**



Pág. 111

JUEVES 11 DE MAYO DE 2017

B.O.C.M. Núm. 11

### I. COMUNIDAD DE MADRID

#### A) Disposiciones Generales

##### Consejería de Sanidad

- 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.*

De acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, el Consejero de Sanidad es el órgano superior de la Comunidad de Madrid en materia de sanidad, ejerciendo las competencias que tiene atribuidas en el Estatuto de Autonomía y aquellas otras que establece la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Dentro del ámbito de los principios rectores de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y, especialmente, de los establecidos en el artículo 2.3, apartados b) y m), se señala que la concepción integral del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid incluye la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención, la asistencia en caso de enfermedad, la rehabilitación, la investigación y la formación sanitaria, así como la promoción y garantía de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios.

Dichos principios rectores encuentran su aplicación en las competencias de la Consejería de Sanidad, recogidas en el artículo 9 de la Ley antes citada, en especial, en lo señalado en el artículo 10.2, apartado a), cuando se indica que dentro de las funciones de dirección, desarrollará las actuaciones necesarias que impliquen ejercicio de autoridad para garantizar la tutela general del Sistema Sanitario.

En dicho marco hay que señalar que la actividad sanitaria, por sus especiales características, puede considerarse como una actividad de riesgo y que la incertidumbre que puede acompañar a cualquier decisión clínica, la utilización creciente en la práctica médica de nuevas tecnologías y la mayor utilización de los servicios sanitarios por la población, han incrementado el riesgo de que se produzcan sucesos que puedan tener consecuencias adversas para el paciente.

Para poder abordar estos aspectos, el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, creó el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid como un instrumento de apoyo a la gestión de riesgos sanitarios con el objetivo final de mejorar la seguridad clínica en la Comunidad de Madrid.

En el momento actual, en el que han transcurrido más de diez años de la puesta en marcha del Observatorio, se hace necesario modificar su denominación y contenido para adaptarlo a la realidad actual.

En este sentido, se ha constatado que los distintos cambios de estructura en estos períodos temporales, así como la evolución del conocimiento y las estrategias desarrolladas, aconsejan reformular su denominación, composición y funcionamiento con el fin de que sean más acordes con las actuaciones que son necesarias para apoyar el despliegue de la seguridad del paciente, relacionada con la práctica asistencial, en nuestra Comunidad.

Por otra parte, la experiencia acumulada, indica que la existencia de un Consejo Asesor puede ser sustituida por grupos de trabajo específicos dentro del Pleno del Observatorio, facilitando así su cometido y simplificando al mismo tiempo la estructura organizativa del mismo.

En su virtud, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 g) de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, a propuesta del Consejero de Sanidad, y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 9 de mayo de 2017,

petencias en materia de calidad y seguridad del paciente, que será designado por el presidente del pleno.

2. El presidente será el titular de la dirección general con competencias en calidad y seguridad del paciente.

3. Serán vocales del pleno, los siguientes:

- a) Un representante del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, designado a propuesta del presidente del mismo.
- b) Un representante del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, designado a propuesta del presidente del mismo.
- c) Un representante del Colegio Oficial de Farmacia de Madrid, designado a propuesta del presidente del mismo.
- d) Un representante designado a propuesta de los restantes Colegios Oficiales representados en el Pleno de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- e) Un representante de las asociaciones de pacientes más representativas en la Comunidad de Madrid, a propuesta de la dirección general con competencias en la relación con asociaciones de pacientes.
- f) Un representante de la dirección general con competencias en calidad y seguridad del paciente con rango mínimo de subdirector general.
- g) Un representante de la dirección general con competencias en asistencia sanitaria y farmacia, con rango mínimo de subdirector general.
- h) Un representante de la dirección general con competencias en continuidad asistencial, con rango mínimo de subdirector general.
- i) Un representante de la dirección general con competencias en salud pública, con rango mínimo de subdirector general.
- j) Un representante de la dirección general con competencias en inspección y ordenación, con rango mínimo de subdirector general.
- k) Un representante de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- l) Un representante de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria.
- m) Un representante de la Gerencia del SUMMA 112.

4. El nombramiento de los vocales, que no lo sean por razón de su cargo, se efectuará mediante resolución del titular de la viceconsejería de quien dependa la dirección general con competencias en calidad y seguridad del paciente.

5. Los miembros titulares del pleno podrán ser sustituidos por miembros suplentes. Asimismo, los miembros del pleno podrán delegar por escrito su voto en cualquier otro miembro del mismo.

6. Los vocales cesarán por cualquiera de las siguientes causas: renuncia, dejar de concurrir los requisitos que determinaron su designación, por acuerdo de quien hubiere propuesto su nombramiento o por cualquier otra que impida, de forma continuada, el ejercicio de sus funciones.

Seis. El artículo 7 queda redactado del siguiente modo:

“Artículo 7. Convocatoria y reuniones.

1. El pleno del Observatorio se reunirá, previa convocatoria de su presidente, con carácter ordinario cada seis meses, y con carácter extraordinario, cuando las circunstancias lo requieran.

A tal fin, podrán ser convocados por el presidente, además de sus miembros, aquellos expertos que la naturaleza de los asuntos a tratar lo requiera, los cuales actuarán con voz, pero sin voto.

2. Para la válida constitución del pleno, a efectos de la celebración de sesiones, deliberaciones y adopción de acuerdos, se requerirá la asistencia del presidente y secretario o, en su caso, de quienes les sustituyan y la mitad, al menos, de sus miembros.

Los acuerdos del pleno serán adoptados por mayoría simple de votos, teniendo el presidente, en caso de ser necesario, el voto de calidad.

3. De cada sesión que celebre el pleno se levantará acta de la misma por el secretario, que especificará necesariamente los asistentes, el orden del día de la reunión, las circunstancias del lugar y tiempo en que se ha celebrado, los puntos principales de las deliberaciones, así como el contenido de los acuerdos adoptados”.

Siete. Se suprime el artículo 8.

#### DISPOSICIÓN ADICIONAL ÚNICA

##### *Modificación de denominación*

Todas las menciones realizadas en el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, del Consejo de Gobierno, al Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid, deberán entenderse referidas al Observatorio Regional de Seguridad del Paciente.

Todas las menciones realizadas en el Decreto 134/2004, de 9 de septiembre, del Consejo de Gobierno, a la Viceconsejería o al Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, deben entenderse referidas a la Viceconsejería o Viceconsejero de quien depende la dirección general con competencias en calidad y seguridad del paciente, respectivamente.

La mención realizada en su disposición final primera al Consejero de Sanidad y Consumo debe entenderse referida al consejero competente en materia de sanidad.

#### DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA

##### *Derogación normativa*

Quedan derogadas cuantas otras disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en el presente decreto.

#### DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

##### *Entrada en vigor*

El presente decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Dado en Madrid, a 9 de mayo de 2017.

El Consejero de Sanidad,  
JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

La Presidencia,  
CRISTINA CIFUENTES CUENCAS  
(03/15.942/17)





## II. Objetivos institucionales en Seguridad del Paciente 2016

### HOSPITALES

<i>Desplegar la seguridad del paciente en la organización:</i>		
INDICADOR	FÓRMULA	META
IMPLANTACIÓN DE OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CADA CENTRO	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5
DESPLIEGUE DE LOS OBJETIVOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS O UNIDADES	Nº de servicios o unidades con al menos 2 objetivos de seguridad del paciente/ Nº total de servicios o unidades	80%
PARTICIPACIÓN ACTIVA DE DIRECTIVOS EN REUNIONES O VISITAS A LAS UNIDADES: "RONDAS DE SEGURIDAD"	Nº de rondas de seguridad	4 rondas documentadas y evaluadas (2 en UCI, 1 urgencias y 1 bloque quirúrgico) en hospitales grupos 1,2,3. 3 rondas en hospitales de apoyo, Media estancia y Psiquiátricos
<i>Impulsar prácticas seguras</i>		
INDICADOR	FÓRMULA	META
PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI)	Cumplimentación adecuada del registro ENVIN	Registro completo abril-junio y simplificado el resto del año
	Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC)	<=8 NAV y <3 bacteriemias (BACV)
	Disminución de la tasa de pacientes con una o más bacterias multirresistentes (BMR) adquiridas en UCI por 1000 días estancia UCI	20% de reducción respecto al valor inicial en 2014
AUTOEVALUACIÓN Y PLANES DE MEJORA DE HIGIENE DE MANOS	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2 (1 de ellos sobre evaluación del cumplimiento de higiene de manos)
UTILIZACIÓN DE LA HOJA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA	Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas programadas*100	>90%
IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES MEDIANTE PULSERAS EN URGENCIAS	Nº de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ Nº total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100	>90%

## ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADOR	FÓRMULA	META
Actuaciones para el despliegue de la seguridad del paciente	$\sum$ nº de actuaciones	Al menos 3/año
% de despliegue de seguridad en los centros en el ámbito de las Direcciones Asistenciales	Nº de CS que han alcanzado el objetivo de desplegar la seguridad del paciente $DAS \times 100 / N^{\circ}$ total CS DAS	80%
Presentación de resultados y acciones de mejora relacionadas con la encuesta por CS	Presentación de resultados 2015 + Al menos 1 Acción de mejora derivada de la encuesta.	100%

## SUMMA112

INDICADOR	FÓRMULA	META
Implantación de objetivos de seguridad del paciente (SP) en la Gerencia	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5
Promoción de la seguridad clínica en las Unidades	Nº de Unidades funcionales en las que se celebran reuniones o sesiones SP con participación de responsable/Nº total de Unidades Funcionales	$\geq 80\%$
Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".	Nº de Unidades funcionales en las que se han realizado rondas de seguridad/Nº total de Unidades Funcionales	Al menos 1 ronda documentada en el 70% de las Unidades
Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2 (1 de ellos sobre evaluación de cumplimiento de HM)

### III. Distribución de los incidentes analizados. Año 2016

Por orden decreciente en la frecuencia de los factores con los que están relacionados los incidentes analizados

#### Hospitales grupo 1:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. DEL HENARES	H. DEL SURESTE	H. DEL TAJO	H. EL ESCORIAL	H. INFANTA CRISTINA	H. INFANTA ELENA
Cuidados y seguimiento del paciente	388	0	4	1	45	92
Medicación / vacunas	129	4	0	10	70	62
Infección relacionada con la atención sanitaria	138	16	0	0	0	7
Accidentes del paciente	0	0	0	0	1	77
Pruebas diagnósticas	12	10	0	6	2	36
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	5	0	4	2	38	13
Identificación del paciente	9	9	1	5	16	7
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	1	0	0	12	5	23
Procedimientos terapéuticos	0	0	27	1	5	6
Sangre y hemoderivados	30	0	0	0	0	4
Gestión organizativa /Citaciones	3	0	0	5	8	12
Procedimientos quirúrgicos	2	0	0	0	4	9
Infraestructuras	1	0	3	1	3	1
Valoración clínica/diagnóstico	0	0	0	1	0	8
Continuidad asistencial	0	0	0	1	2	3
Otros	0	0	3	0	0	0
Actividades preventivas	0	0	0	1	0	1
<b>Total general</b>	<b>718</b>	<b>39</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>199</b>	<b>361</b>

## Hospitales grupo 2:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. INFANTA LEONOR	H. INFANTA SOFIA	H.U. DE GETAFE	H.U. FUENLABRADA	H.U. FUNDACIÓN ALCORCÓN	H.U. MÓSTOLES
Medicación / vacunas	77	12	203	26	131	19
Cuidados y seguimiento del paciente	137	0	30	3	32	41
Accidentes del paciente	2	0	3	0	0	157
Identificación del paciente	1	11	86	8	21	6
Gestión organizativa /Citaciones	13	0	8	2	77	0
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	23	6	12	6	10	36
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	6	0	0	85
Procedimientos quirúrgicos	1	0	7	33	46	1
Actividades preventivas	0	0	63	0	0	0
Continuidad asistencial	0	0	4	0	17	11
Sangre y hemoderivados	10	2	0	1	6	13
Infraestructuras	4	1	7	9	5	3
Valoración clínica/diagnóstico	2	1	0	5	14	7
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	4	2	0	2	7	2
Otros	3	0	0	5	0	5
Pruebas diagnósticas	2	2	0	5	0	0
Procedimientos terapéuticos	3	1	0	1	0	0
<b>Total general</b>	<b>282</b>	<b>38</b>	<b>429</b>	<b>106</b>	<b>366</b>	<b>386</b>

### Hospitales grupo 2 (cont):

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. DE TORREJÓN	H. GOMEZ ULLA	H. REY JUAN CARLOS	H.G. DE VILLALBA	H.I.U. NIÑO JESUS	H.U. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	H.U. SEVERO OCHOA
Accidentes del paciente	0	9	151	111	0	181	234
Cuidados y seguimiento del paciente	12	19	34	150	5	46	222
Medicación / vacunas	48	5	80	32	34	164	113
Infección relacionada con la atención sanitaria	30	5	16	19	3	41	21
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	12	11	12	8	1	33	37
Gestión organizativa /Citaciones	16	45	12	7	0	26	0
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	14	5	3	2	11	13	51
Identificación del paciente	7	17	20	1	3	13	6
Procedimientos terapéuticos	16	3	5	2	0	41	0
Continuidad asistencial	17	4	2	1	0	11	27
Pruebas diagnósticas	8	3	19	6	4	10	0
Procedimientos quirúrgicos	15	8	6	1	1	8	4
Valoración clínica/diagnóstico	15	4	2	2	0	20	0
Infraestructuras	8	12	5	3	0	10	4
Sangre y hemoderivados	12	3	2	1	10	12	0
Actividades preventivas	8	3	4	0	0	2	0
Otros	0	0	0	2	0	6	0
<b>Total general</b>	<b>238</b>	<b>156</b>	<b>373</b>	<b>348</b>	<b>72</b>	<b>637</b>	<b>719</b>

### Hospitales grupo 3:

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ	H.G.U.GREGORIO MARAÑÓN	H.U. 12 DE OCTUBRE	H.U. CLÍNICO SAN CARLOS	H.U. LA PAZ	H.U. LA PRINCESA	H.U. PUERTA DE HIERRO	H.U.RAMÓN Y CAJAL
Medicación / vacunas	382	245	18	170	484	327	63	155
Cuidados y seguimiento del paciente	528	509	34	438	81	137	19	16
Accidentes del paciente	229	4	925	3	9	230	0	1
Gestión organizativa /Citaciones	4	117	31	67	27	175	11	6
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	7	179	65	49	27	25	19	12
Procedimientos quirúrgicos	5	101	14	12	157	0	5	0
Identificación del paciente	20	46	17	43	26	33	25	22
Continuidad asistencial	0	62	4	23	40	6	19	0
Valoración clínica/diagnóstico	0	32	24	71	15	0	1	1
Pruebas diagnósticas	7	54	1	6	48	6	14	2
Procedimientos terapéuticos	0	43	8	17	46	0	3	4
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	0	44	17	6	24	8	3	6
Infraestructuras	0	14	11	30	32	13	4	1
Otros	0	22	30	0	35	2	14	0
Sangre y hemoderivados	0	10	3	0	4	31	9	0
Actividades preventivas	1	7	16	13	7	0	2	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	10	4	3	8	4	0	0
<b>Total general</b>	<b>1183</b>	<b>1499</b>	<b>1222</b>	<b>951</b>	<b>1070</b>	<b>997</b>	<b>211</b>	<b>226</b>

**Hospitales grupo de apoyo, media estancia y psiquiátricos:**

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	H. CRUZ ROJA	H. FUENFRÍA	H. GUADARRAMA	H. VIRGEN DE LA POVEDA	H. VIRGEN DE LA TORRE	H.Dr. RODRÍGUEZ LAFORA	H.U. SANTA CRISTINA	INSTITUTO PSIQ. J.GERMAIN
Otros	0	0	867	10	0	1	6	3
Cuidados y seguimiento del paciente	0	171	10	11	127	0	0	6
Medicación / vacunas	6	0	9	3	10	0	30	27
Infraestructuras	0	0	1	5	0	0	3	13
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	0	0	0	6	0	0	10	2
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	0	0	0	1	0	0	10	0
Gestión organizativa /Citaciones	0	0	2	2	0	0	3	4
Identificación del paciente	0	0	1	2	0	0	3	0
Accidentes del paciente	0	0	0	0	0	0	0	4
Actividades preventivas	0	0	2	1	0	0	0	0
Pruebas diagnósticas	0	0	1	0	0	0	0	1
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	1	0
Procedimientos terapéuticos	0	0	0	0	0	0	0	1
Sangre y hemoderivados	1	0	0	0	0	0	0	0
Valoración clínica/diagnóstico	0	0	0	0	0	0	0	1
Continuidad asistencial	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>171</b>	<b>893</b>	<b>41</b>	<b>137</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	<b>62</b>

## Dirección Asistencial de Atención Primaria

FACTORES RELACIONADOS CON INCIDENTES ANALIZADOS	Dirección Asistencial CENTRO	Dirección Asistencial ESTE	Dirección Asistencial NOROESTE	Dirección Asistencial NORTE	Dirección Asistencial OESTE	Dirección Asistencial SUR	Dirección Asistencial SURESTE
Medicación / vacunas	432	292	238	230	285	330	343
Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico	38	24	22	23	35	22	22
Identificación del paciente	29	23	29	18	17	40	21
Infraestructuras	45	20	12	12	21	44	20
Pruebas diagnósticas	22	37	13	10	14	21	45
Continuidad asistencial	21	8	0	1	28	50	4
Gestión organizativa /Citaciones	15	18	7	8	7	7	15
Documentación clínica/ información/ consentimiento informado	14	10	3	0	3	7	13
Cuidados y seguimiento del paciente	3	4	0	1	5	0	1
Valoración clínica/diagnóstico	1	4	1	1	5	0	1
Accidentes del paciente	0	5	3	0	1	1	2
Procedimientos terapéuticos	0	1	1	3	2	2	0
Actividades preventivas	0	2	0	1	1	0	1
Infección relacionada con la atención sanitaria	0	0	0	0	0	4	0
Otros	0	0	0	0	0	0	0
Procedimientos quirúrgicos	0	0	0	0	0	0	0
Sangre y hemoderivados	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total general</b>	<b>620</b>	<b>448</b>	<b>329</b>	<b>308</b>	<b>424</b>	<b>528</b>	<b>488</b>

#### IV. Prácticas Seguras Generalizables en AH y AP en 2016

AREA	NOMBRE (TITULO)	CENTRO
Medicación/ vacunas	Implantación de un protocolo que asegure la trazabilidad del contraste utilizado en el Servicio de Radiología	H. U. GETAFE
	Prevenir incidentes relacionados con medicamentos de alto riesgo	H. VIRGEN TORRE
	Administración segura de extractos hiposensibilizantes vía subcutánea en Atención Primaria	DA SURESTE
Infección relacionada con la atención sanitaria	Objetivo 80: Plan Anual para el Cumplimiento Excelente de la Higiene de Manos en Hospitalización y Urgencias	H. EL ESCORIAL
	Objetivo 80: Plan Anual para el Cumplimiento Excelente de la Higiene de Manos en el Área Quirúrgica	H. EL ESCORIAL
	Seguimiento y control de la Prevención de las infecciones mediante el seguimiento y control de la adecuación al protocolo de precauciones de aislamiento y la correcta higiene de manos	H. VIRGEN TORRE
	Prevenir la infección asociada con el catéter urinario	H. VIRGEN TORRE
Identificación del paciente	Buenas prácticas en la Identificación de pacientes en extracciones ambulatorias	H. U. INFANTA LEONOR
Gestión organizativa/ citaciones	Cita Precoz del Recién Nacido en Atención Primaria antes del Alta Hospitalaria	H. U. INFANTA LEONOR
Cuidados y seguimiento del paciente	Prevención y seguimiento de las caídas	H. VIRGEN TORRE
	Prevención y control de las úlceras por presión	H. VIRGEN TORRE
Actividades preventivas	Prevención de muerte súbita yatrogénica	IP JOSÉ GERMAIN
	Estandarización del cribado nutricional en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Infanta Sofía	H. U. INFANTA SOFÍA



**Comunidad  
de Madrid**