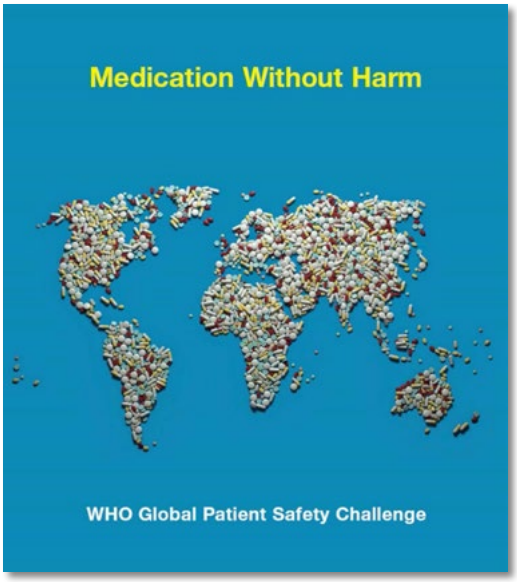
SUMMA 112
SaludMadrid

COMITÉ
Mª Luisa Domínguez Perez
Raúl Muñoz Romo
Rosalía Fernández Vázquez
Asunción Colomer Rosas
Mª Victoria Hernández Jaras
Patricia Fernán Pérez
Salvador Espinosa Ramírez
Coordinador del Boletín: *Víctor Escudero González*
Asesoría Técnica y Editorial: *Elena Mohino Sáez*
Diseño y Maquetacion: *Mª de los Ángeles Caamaño Flores*

Boletín número 1

Seguridad del Paciente

EDITORIAL



Los errores de medicación son un problema importante para la seguridad del paciente, tanto por su frecuencia como por las consecuencias que tienen. La definición de "error de medicación" más aceptada es la del *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (NCC MERP), que los define como "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor". Pueden estar relacionados con la práctica profesional, los procedimientos o los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización. La característica diferenciadora con un efecto no deseado de un medicamento (con o sin daño) es que los errores de medicación son prevenibles; es decir, está en manos de los profesionales y de los pacientes evitarlos.

Según datos de la OMS, solo en los Estados Unidos provocan al menos una muerte al día y daños en unos 1,3 millones de personas al año. En países menos desarrollados, si bien los índices son similares, el número de años perdidos de vida saludable es aproximadamente el doble. El coste asociado a los errores de medicación se estima en 42 miles de millones de dólares al año, cerca del 1% del gasto sanitario mundial.

En España, los datos obtenidos de estudios en distintos ámbitos asistenciales (ENEAS, APEAS, EVADUR, EARCAS, en hospitales, Atención Primaria, Urgencias hospitalarias y centros sociosanitarios, respectivamente) señalan también a los errores de medicación como una de las principales causas de eventos adversos para el paciente.

En julio de 2016 se publica en BMJ Quality & Safety una revisión sistemática encargada por la OMS, sobre incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Atención Primaria, donde se observa que los incidentes relacionados con la medicación, junto con los relacionados con el diagnóstico, son los que más daño evitable producen, y los que provocan con mayor frecuencia daños graves a los pacientes que son atendidos en Atención Primaria. Con estos datos no es de extrañar que en marzo de 2017 la OMS lanzara una iniciativa mundial para reducir en un 50% en 5 años los daños graves y evitables asociados a los medicamentos: **"Medicación Sin Daño"**, que es el Tercer Reto Mundial de Seguridad del Paciente, después de los dos anteriores: el primero en 2005, la iniciativa sobre higiene de manos "Una atención limpia es una atención más segura", y el segundo en 2008, "La cirugía segura salva vidas".

En este boletín de la Comisión de Seguridad, que hoy inicia su andadura, los errores de medicación tendrán un lugar importante, analizándolos como errores del sistema, no como errores de las personas; es decir, que el objetivo no es buscar quién causa el error, sino analizar las posibles circunstancias que lo originaron, para aprender y prevenir que vuelva a ocurrir nuevamente.

ARTÍCULOS DE INTERÉS

1. SEGURIDAD DE QUINOLONAS Y FLUORQUINOLONAS

El 10 de octubre de 2018 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicaba una nota de seguridad sobre este grupo farmacológico. En ese mismo mes los laboratorios suministradores de fluoroquinolonas, de acuerdo con las Agencias Española y Europea de Medicamentos, informan a los profesionales sobre un nuevo riesgo identificado.

En virtud a ambas notas se recomienda:

— No utilizar quinolonas o fluroquinolonas en infecciones leves o autolimitadas salvo que otros antibióticos recomendados no puedan emplearse.
— Indicar a los pacientes que interrumpan el tratamiento con este tipo de antibióticos y acudan al médico, en caso de que aparezcan síntomas relacionados con las reacciones adversas abajo descritas.

Sistema nervioso	*Neuropatía periférica, psicosis, ansiedad, insomnio, depresión, alucinaciones, pensamientos autolíticos, confusión, alteraciones de la audición o la visión, o de los sentidos del gusto y el olfato.*
Sistemas musculoesquelético	*Tendinitis, rotura tendinosa, mialgia, debilidad muscular, artralgia y edema articular.*
Nuevo riesgo identificado	*Aneurisma y disección aórtica asociado con la administración de fluoroquinolonas sistémicas e inhaladas.*

— Tener presente que los pacientes de edad avanzada, trasplantados o en tratamiento con corticoides presentan un mayor riesgo de sufrir lesiones tendinosas tras la administración de quinolonas y fluoroquinolonas.

Más información:

- Intranet SUMMA 112, menú izquierdo pantalla: *"Asistencial" → "Farmacia" → "Ver documentos publicados" → "Seguridad" → "Alertas Farmacéuticas"*
- *https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/home.htm*

2. PUBLICACIÓN DE LAS GUIAS DE USO ANTIMICROBIANO

En febrero de 2019 se han publicado las Guías de uso de antimicrobianos en pacientes con tratamiento ambulatorio, en adultos y en niños, de la Consejería de Sanidad.
En ellas ya se recogen las duraciones de tratamiento algo más cortas que se están indicando desde distintas publicaciones, ya que acortar el tiempo de tratamiento podría implicar una menor probabilidad de desarrollo de resistencias, mayor adherencia al tratamiento, menos efectos adversos y menor coste.
Podéis descargar las Guías en:

- Intranet SUMMA, menú derecho de la pantalla: *"Doc. Asistenciales" → "Guías, vías y procedimientos SUMMA 112"" → "Guías Farmacológicas"*
- Intranet Consejería: *https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/Paginas/Protocolos.aspx*
- Internet: *https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20261* y *https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262*

3. METAMIZOL Y RIESGO DE AGRANULOCITOSIS

El 30 de octubre de 2018, la AEMPS* publicaba una nota de seguridad, tras la revisión de los casos de agranulocitosis notificados en el Sistema Español de Farmacovigilancia y el consumo de metamizol (Nolotil® en nuestra GFT) en España. Se realizan las siguientes recomendaciones:

— Se debe utilizar metamizol sólo para tratamientos de corta duración a las dosis mínimas eficaces, vigilando la aparición de sintomatología indicativa de agranulocitosis. Si es necesario un tratamiento prolongado, cabe realizar controles hematológicos periódicos incluyendo fórmula leucocitaria.
— Antes de prescribir metamizol, habría que llevar a cabo una anamnesis detallada para evitar su uso en pacientes con factores de riesgo de agranulocitosis.
— Se debe informar al paciente de que interrumpa el tratamiento en casos de aparición de signos o síntomas sugestivos de agranulocitosis.
— No utilizar metamizol en pacientes en los que no sea posible realizar controles (p. ej. población flotante).

Más información:

- Intranet SUMMA 112, menú izquierdo pantalla: *"Asistencial" → "Farmacia"" → "Ver documentos publicados" → "Seguridad" → "Alertas Farmacéuticas"*
- *https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/home.htm*

ANÁLISIS INCIDENTES DE RIESGO FEBRERO 2019

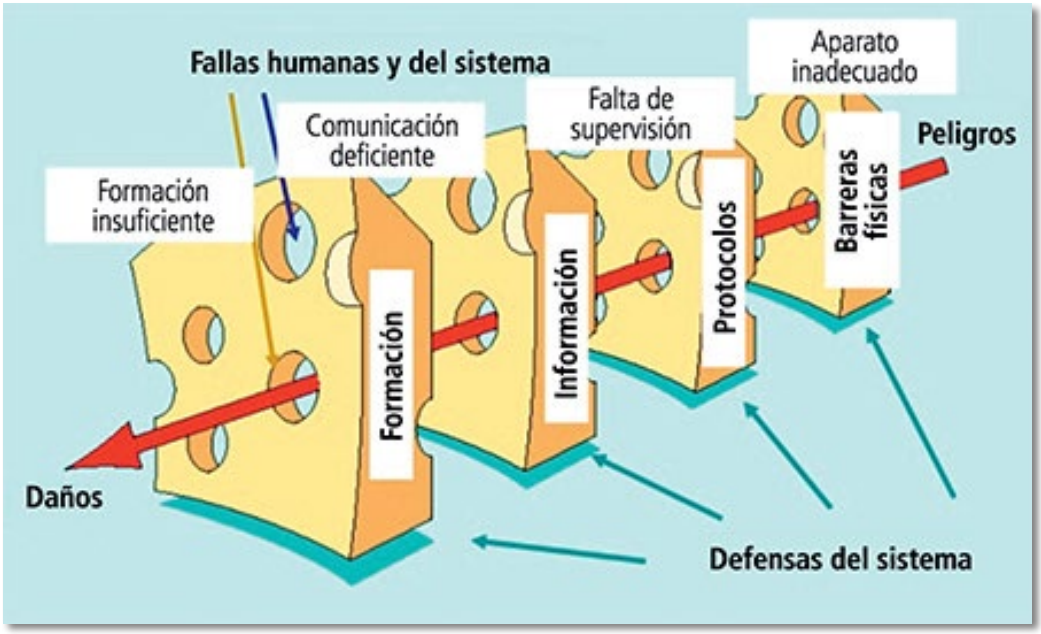
INCIDENTE NÚMERO 1

ERROR DE MEDICACIÓN

Paciente que acude al SUAP XX por dolor de garganta, tos, mocos, flemas y fiebre. **Alérgico a Nolotil y Macrolidos**. Se diagnostica como Faringitis Aguda Catarral. Se pauta tratamiento de **Azitromicina 500 mg**, Acetilcisteina 600 mg y continuar tratamiento con Ibuprofeno y Paracetamol.

Mejoras propuestas:

1. Implantar una alerta a la hora de cerrar informe con el siguiente texto: "Atención: Usted ha cumplimentado el campo de alergias, revise la prescripción".
2. Estudiar la viabilidad, técnico-económica para implantar una herramienta que al marcar alergia a un fármaco, elimine este de las posibilidades de prescripción.



INCIDENTE NÚMERO 2

ERROR DE MEDICACIÓN

Paciente que acude al SUAP XX con disfonía y fiebre, se le pregunta antecedentes personales y alergias, refiere alergia a la Penicilina. En ese momento interrumpe el técnico en la consulta por la llegada de una urgencia, habiendo un segundo médico en el SUAP. Al regresar con el paciente inicial a la consulta, le pauta amoxicilina como tratamiento. A los 30 segundos la propia médico se da cuenta y sale a buscar al paciente, al que ya no encuentra, pero es localizado por el SCU y finalmente no toma el tratamiento el paciente.

Mejoras propuestas:

1. Elaboración de unas recomendaciones de seguridad sobre interrupciones en la consulta y organización de la guardia en el SUAP.
2. Mejoras en el sistema informático.

"LOS PROFESIONALES DEL SUMMA 112 CONOCEN Y COMPRENDEN LA IMPORTANCIA DE MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE"

El Dr. Alberto Pardo Hernández es desde 2004 el Subdirector General de Calidad de la Comunidad de Madrid. A lo largo de este periodo de 14 años, ha promovido e impulsado la mejora de la Calidad asistencial y la Seguridad del paciente, participado en la elaboración y despliegue de las sucesivas Estrategias de Seguridad del Paciente, y de proyectos como Higiene de Manos, proyectos ZERO, la Estrategia de atención al Dolor, el Marco estratégico de la responsabilidad social, la publicación del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud…, además de su experiencia docente e investigadora. Para todos lo que trabajamos en la Sanidad, y más aún en la sanidad madrileña, es un referente por su liderazgo en calidad y seguridad del paciente y por su continuo estímulo y apoyo. Le agradecemos que nos haya concedido esta entrevista.

¿Cómo surge la Seguridad del Paciente? ¿Y cómo es el proceso por el que la Consejería de Sanidad la integra dentro de su Estrategia?

Es difícil poner una fecha exacta al nacimiento de la seguridad del paciente tal y como la abordamos actualmente, de una forma integral y basada en el aprendizaje y la mejora continua. No obstante, sí hay fechas que podemos señalar: a nivel internacional, la publicación del informe "Errar es Humano", por el Instituto Americano de Medicina a finales de los años noventa o la puesta en marcha de la Alianza para la Seguridad del Paciente por parte de la OMD a principios de los años 2000. En nuestro país, podemos encontrar algunas iniciativas del INSALUD a finales de los noventa y la primera reunión de expertos promovida por el Ministerio de Sanidad en febrero de 2005. La Comunidad de Madrid creó su actual Observatorio Regional de Seguridad del Paciente en septiembre de 2004 (Decreto 134/2004) y puso en marcha su primer plan de actuación en 2005. En este plan se incluyeron las actuaciones que en aquellos momentos se estaban promoviendo para mejorar la seguridad del paciente y como aspecto novedoso se crearon las unidades funcionales de gestión de riegos sanitarios en nuestras gerencias.

¿Por qué fases ha pasado en estos años?

Es preciso comenzar en la década de los años ochenta. En aquel momento comienzan a proliferar las reclamaciones económicas relacionadas con los efectos adversos de la asistencia sanitaria y como consecuencia también prolifera el aseguramiento profesional, tanto individual como colectivo, a través de los colegios profesionales o de las propias Comunidades autónomas o el INSALUD. Es la fase que yo denomino de reclamaciones y aseguramiento sanitario. En los años noventa hay un cambio importante relacionado con que el aseguramiento no trata las causas de los problemas al estar centrado en indemnizar las posibles consecuencias económicas. Como consecuencia, en este periodo la cuantia indemnizatoria se incrementa y la prima de los seguros se encarece, haciendo difícil en algunos casos el obtener pólizas de aseguramiento por el alto coste económico. Ante esta situación se comienza a plantear la necesidad de identificar, evaluar y tratar las causas de los efectos adversos. Es la fase de comienzo de la gestión de riesgos sanitarios. A finales de los noventa y a lo largo de la primera década de este siglo es cuando podemos encontrar actuaciones enfocadas a lo que conocemos actualmente como seguridad del paciente y esta sería la tercera fase.

Alberto Pardo, junto a varios compañeros del SUMMA 112, en el Congreso de la SECA, octubre 2018, Burgos.

Por último, en esta segunda década las actuaciones se han desplegado en las diferentes Comunidades autónomas. Tenemos estrategias de actuación, responsables y competencias y también participan los profesionales asistenciales y diferentes Sociedades Científicas. Por tanto, nos encontramos en la fase de consolidación y despliegue de la seguridad del paciente.

¿Cuáles han sido los hitos?

La primera consecuencia es que hemos establecido una infraestructura organizativa que nos permite desplegar nuestras actuaciones de forma integrada. Así, podemos encontrar a nivel central o de la macro-gestión unidades directivas y estructuras de asesoramiento y consulta como nuestro Observatorio. A nivel de la meso-gestión o de las gerencias como el SUMMA 112, tenemos a los equipos directivos con el apoyo de las unidades funcionales. Además, a nivel de la micro-gestión, algunas Comunidades como la nuestra también tiene la figura del referente o responsable de seguridad. También se han desarrollado estrategias y proyectos tanto a nivel institucional como en algunas unidades o servicios. En este sentido, podemos destacar a nivel institucional la higiene de manos con la utilización de soluciones alcohólicas

para reducir las infecciones, la implantación de listados de verificación en cirugía o los cinco correctos para mejorar la seguridad del uso de los fármacos. En las unidades o servicios destacan los Proyectos Zero de seguridad en la UCI, denominados bacteriemia, neumonía, multiresistencia o ITU Zero.

¿En qué se ha tenido mayor éxito?

En general, se tiene más éxito cuando los proyectos nacen de los propios profesionales o de sus Sociedades Científicas, y esta es una de las razones del éxito de los Proyectos Zero que he comentado previamente. También se obtiene más éxito cuando se desarrollan diferentes actuaciones para un mismo objetivo; es decir, se utilizan "muchas balas", como es el caso de la higiene de manos en la que hemos desarrollado estrategias, sensibilización, formación o evaluación con observación directa. Finalmente, la tercera clave es implantar actuaciones que han obtenido buenos resultados (evidencia) o bien ya se están desarrollando en ámbitos similares. Es lo que podemos denominar "Fruta madura". Aquí podemos citar, además de los anteriores, al listado de verificación quirúrgico.

¿Qué es lo más relevante que queda pendiente?

Si dejamos la mejora de la cultura de seguridad, debemos incidir en la necesidad de incorporar a los pacientes de forma activa en la mejora de su seguridad. En un trabajo que desarrollé preguntando a 150 expertos sobre ocho elementos para implantar la seguridad del paciente, el que presentaba peor situación actual era el referido a ellos. En este sentido, y reconociendo las dificultades tanto culturales como operativas para vencer este gap, debemos incorporar a los pacientes si queremos tener una visión holística para mejorar su seguridad.

¿Hemos transformado la cultura sanitaria a una cultura de seguridad?

En primer lugar tenemos que señalar que cambiar la cultura es muy lento en cualquier organización. Por esta razón, todavía nos queda un importante camino para pasar de una cultura de la culpa a una cultura del aprendizaje y mejora de la seguridad. No obstante, sí debemos reconocer que hemos mejorado mucho y como ejemplo nuestra Comunidad acaba de presentar su política institucional que entre otros principios incluye: "Establecer un enfoque sistémico y no punitivo, que, promoviendo la identificación y análisis de sus eventos adversos, se desarrolle en un ambiente de confidencialidad que favorezca la mejora de nuestras actuaciones sin culpabilizar a los profesionales implicados".

Calidad y Seguridad del Paciente ¿Qué relación tienen?¿Que vínculo puede existir entre los sistemas de gestión de la calidad ISO, EFQM, *Joint Commission Internacional*... y la seguridad del paciente?

Cualquier modelo para mejorar la calidad asistencial puede incidir en la mejora de la seguridad, si bien habría que diferenciar aquellos modelos de origen sanitario como la acreditación, que sí ha incorporado estándares específicos relacionados con la seguridad de los no sanitarios y más con modelos centrados en cualquier organización como el modelo EFQM que, además, es no prescriptivo y, por tanto, no tiene referencias específicas. En el caso de la normas de certificación, hay que recordar que hay diferentes familias de normas y, en el caso concreto de las elaboradas en nuestro país, sí existen normas específicas relacionadas con la seguridad como es la UNE 179003.

¿La Seguridad del Paciente es sólo seguridad clínica?¿Qué aspectos no clínicos de la seguridad del paciente inciden en ella? ¿Son relevantes?

Para responder a estas cuestiones deberíamos acordar qué entendemos por seguridad clínica y qué por seguridad del paciente, ya que, si tenemos un enfoque amplio, los dos pueden ser similares. En cualquier caso, si entendemos por aspectos no clínicos aquellos que no inciden directamente en la atención al paciente, efectivamente hay aspectos importantes que debemos tener en cuenta. Como ejemplos tenemos la seguridad física, la "hotelera" de los pacientes ingresados o, en el caso del SUMMA 112, la del transporte sanitario. Todo es relevante, aunque pueden tener más importancia si nos centramos en un solo caso concreto y menos relevancia si nos centramos en el conjunto de la mayoría de casos.

¿Cómo debemos identificar lo que no se debe hacer? ¿Qué dificultades tiene?

Las prácticas innecesarias o inconvenientes son en general difíciles de identificar y, más aún, de conseguir que no se realicen. Para su identificación deberemos buscar evidencia científica que apoye su retirada, lo que no siempre es sencillo. Además, deberemos tener una estrategia para conseguir cambiar la cultura de los profesionales que las están utilizando, lo que presenta una segunda dificultad, y para ello es fundamental que podamos medir esta actuación, lo que presenta una tercera dificultad.

Por tanto, y reconociendo la importancia de evitar las practicas innecesarias, debemos trabajar para vencer las dificultades que se nos presentan.

¿Qué mensaje nos enviaría a los profesionales del SUMMA 112?

Creo sinceramente que los profesionales del SUMMA 112 conocen y comprenden la importancia de mejorar la seguridad del paciente, al desarrollar su trabajo en el entorno de urgencia y la emergencia. Por esta razón mi mensaje, es en primer lugar de agradecimiento por la labor desarrollada y, sobre todo, por la que estoy seguro, que con el apoyo de infraestructuras como las unidades funcionales, o de las estrategias y proyectos institucionales, van a desarrollar de forma constante y sistemática para mejorar la seguridad de los pacientes en vuestro ámbito de actuación.

MIRANDO HACIA EL EXTERIOR

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN UNA URGENCIA PEDIÁTRICA

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Marañón

En el año 2014 nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas puso en marcha un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) basado en la Norma ISO 9001, con el fin de mejorar la efectividad de nuestros procesos asistenciales y la calidad percibida por nuestros pacientes y sus familias.

Simultáneamente a este proyecto de implantación de un SGC, un médico y dos enfermeras de nuestra unidad, que habían sido nombrados "referentes de seguridad" por la Dirección, habían iniciado una campaña de sensibilización en Cultura de Seguridad con un enfoque centrado en el sistema, dirigida a todos los profesionales del equipo, desplegando encuestas validadas para evaluar nuestra Cultura de Seguridad (HSOPS) y realizando sesiones de formación para difundir los resultados de dichas encuestas y promover la notificación de incidentes de seguridad a través del "Sistema de notificación de incidentes" utilizado en ese momento en el hospital.

En este contexto, el Servicio de Gestión de Calidad y la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos de nuestro hospital, que habían colaborado con nosotros como apoyo metodológico, nos propusieron abordar de forma global estas dos dimensiones que hoy son para nosotros indisolubles, Calidad y Seguridad. La estrategia consistía en aplicar de forma integrada los requerimientos de las Normas UNE-EN-ISO 9001 (Gestión de Calidad) y UNE 179003 (Gestión de riesgos para la Seguridad del Paciente), identificando y aprovechando sus sinergias y multiplicando el valor añadido para pacientes, profesionales y gestores.

¿Cómo se hizo?

Para conseguir esta doble certificación constituimos un comité multidisciplinar de Calidad y Seguridad, en el cual están representados todos los estamentos profesionales vinculados a nuestra unidad.

Elaboramos un Mapa de Procesos (Figura 1), identificando procesos operativos que describen el proceso asistencial del paciente (registrar, clasificar, asistir, gestionar el alta…), procesos estratégicos (planificación, formación…) y procesos de apoyo (mantenimiento de equipos, evaluación de proveedores…). En este mapa la "Gestión de Riesgos" constituye un elemento transversal que incluye todas las fases del proceso asistencial, desde que el paciente se registra en admisión hasta que abandona la unidad.

Revisamos cada uno de nuestros procesos operativos, analizando y reflejando en un procedimiento escrito "qué hacemos", "como lo hacemos", "quién lo hace" y "qué recursos utilizamos para hacerlo". Para cada proceso diseñamos indicadores que nos permiten monitorizar su desarrollo y detectar desviaciones que deben ser corregidas.

Pases de seguridad noche-mañana y mañana-tarde.

Implantamos un proceso de "Gestión de Riesgos" que se despliega mediante dos estrategias complementarias: Gestión Reactiva y Gestión Proactiva.

La gestión reactiva, basada en el análisis de los incidentes notificados y la puesta en marcha de las acciones correctivas pertinentes. Desde el año 2015 se notifican en nuestra unidad una media de 450 incidentes al año, siendo los más frecuentes los errores de medicación, los relacionados con sistemas de información y equipos informáticos, los problemas de comunicación y los errores de identificación. Uno de los aspectos fundamentales para fomentar la notificación de incidentes es el retorno de información a los profesionales. Por eso, pusimos en marcha nuestros "Pases de seguridad", reuniones breves (5-10 minutos de duración) que realizamos en los cambios de turno "noche-mañana" y "mañana-tarde", con participación de todos los profesionales de la unidad, en las que se comunican los incidentes o riesgos detectados, se plantean posibles acciones de mejora y se difunden los resultados de la gestión de incidentes previamente notificados y analizados. En los últimos meses hemos incorporado además un *feed-back* mensual de gestión de incidentes que se distribuye por correo electrónico a todos los profesionales del equipo.

La gestión proactiva pretende anticiparse a la aparición de incidentes, mediante la elaboración de un

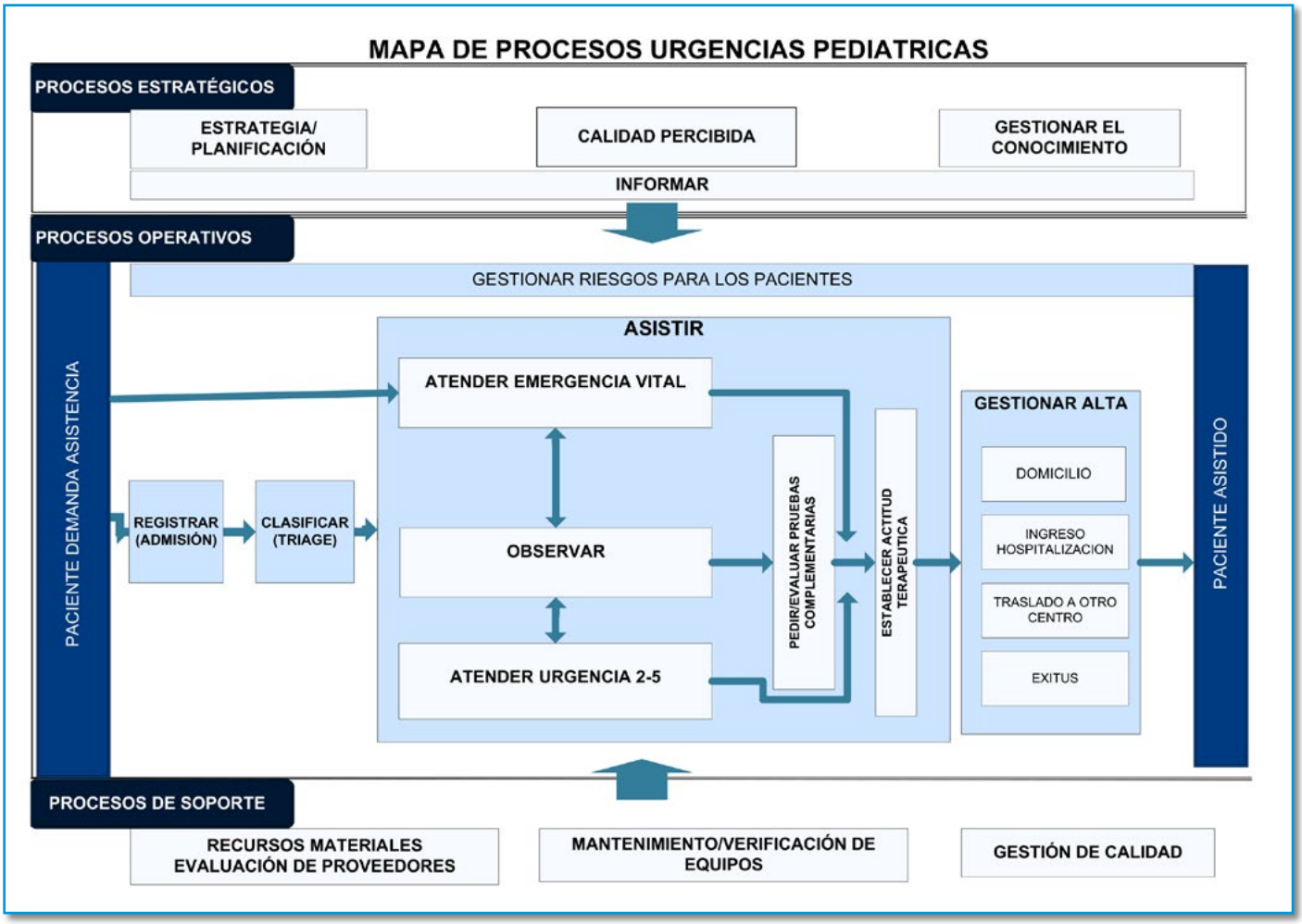


Figura 1. Mapa de procesos y Gestión de riesgos para los pacientes (transversal).

Mapa de Riesgos. Para ello realizamos un "Análisis Modal de Fallos y Efectos" (AMFE) desglosando cada uno de los procesos operativos de nuestro Mapa de Procesos, analizando "qué puede fallar", "por qué puede fallar" y "qué consecuencias puede tener". El objetivo es identificar los puntos críticos de cada proceso y desarrollar barreras que contribuyan a reducir la probabilidad de que se produzca un fallo del sistema o bien a mejorar nuestra capacidad de detectar dicho fallo antes de que alcance al paciente, priorizando aquellas acciones de mejora con mayor impacto potencial en la reducción del riesgo y cuyo desarrollo sea viable a corto-medio plazo.

Paralelamente, desarrollamos otras herramientas necesarias para dar respuesta a los requisitos del SGC según la Norma ISO 9001, como la monitorización de indicadores, la evaluación de calidad percibida y el desarrollo de programas acreditados de formación continuada y simulación multidisciplinar de trabajo en equipo. A pesar de no ser elementos propios del proceso de Gestión de Riesgos, consideramos que algunas de estas herramientas del SGC han sido claves para mejorar la Seguridad del Paciente en nuestra unidad.

¿Qué problemas encontramos?

Sin duda hemos avanzado mucho, pero no ha sido un camino sencillo. En muchas ocasiones hemos echado en falta que el compromiso de la Dirección con la Calidad y la Seguridad del Paciente se materialice en acciones concretas para ayudarnos a alcanzar nuestros objetivos. Esto genera una gran frustración en los profesionales y hace que resulte muy complicado mantener la motivación necesaria para seguir trabajando en este ciclo de mejora continua. Otras de las piedras que nos hemos ido encontrando en el camino han sido las dificultades para conseguir la implicación activa de todos los miembros del equipo en la gestión del sistema, la limitación de recursos humanos, la falta de tiempo para realizar tareas no asistenciales en horario laboral, la diversidad de pediatras y especialistas que realizan actividad asistencial en nuestra unidad, la elevada rotación del personal de enfermería y las dificultades de comunicación en un equipo integrado por más de 50 profesionales que trabajan en cuatro turnos diferentes.

¿Cuáles son los puntos fuertes?

En estos últimos cinco años hemos vivido una transformación, un cambio de mentalidad y de forma de trabajar en equipo. Es cierto que las cosas no siempre funcionan todo lo bien que nos gustaría, pero la fuerza de nuestro SGC y Gestión de Riesgos es que, a pesar de todas las barreras y limitaciones, trabajamos cada día para intentar ofrecer a nuestros pacien-

tes y sus familias una atención sanitaria segura y de calidad.

Esto se pone de manifiesto en algunos de los puntos fuertes destacados en el informe de la Auditoría externa que nos realizaron en enero de 2019: implantación eficaz del SGC con numerosos ejemplos de acciones de mejora que han surgido de la aplicación de herramientas del sistema, creación de protocolos para trasladar a la práctica diaria las acciones de mejora planificadas ("administración de antitérmicos desde triage", "comunicación de resultados de determinaciones diagnósticas rápidas"), elaboración de protocolos de prescripción electrónica con limitación de dosis máxima, implantación de una escala de triage pediátrico (TRIPED-GM) de desarrollo propio exportada al resto de los hospitales de la Comunidad de Madrid, implantación de pulseras identificativas con alerta de alergias que se ha extendido a todo el Hospital, adquisición de nuevos equipos (capnógrafos y dispositivos semiautomáticos de colocación de vías intraóseas-EzIO), apertura de una Sala de lactancia, esfuerzo para mejorar la comunicación entre turnos y para difundir los resultados del análisis de incidentes notificados (*feed-back* mensual).

¿Qué relación tenemos con el SUMMA 112?

Otra de las líneas estratégicas de nuestro SGC es la consolidación de nuestras alianzas externas. En este contexto se enmarca nuestra estrecha relación con los responsables de Calidad y Seguridad del SUMMA 112, con los que mantenemos una comunicación fluida a través de correo electrónico y videoconferencias periódicas. Esto nos ha permitido abordar las áreas de mejora identificadas a partir de la notificación de incidentes. Estos puntos críticos están relacionados fundamentalmente con la adecuación

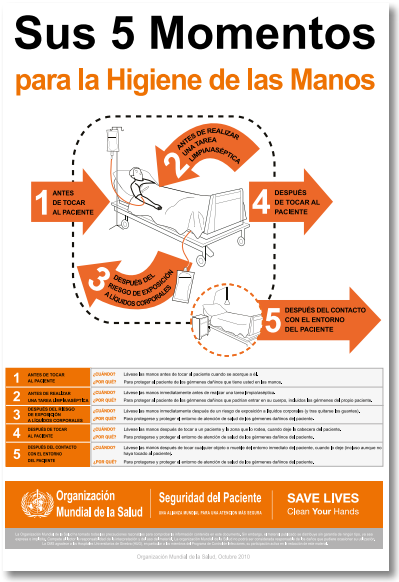
Adjuntos de la Urgencia Pediátrica, en el centro la Jefe de Sección, Dra Vázquez y su lado el Responsable de Segurida del Paciente Dr. Marañon(con bata).

de los recursos utilizados para realizar el traslado de un paciente crítico, la necesidad de mejorar la transmisión de la información clínica del paciente (preaviso de paciente crítico, informe escrito de la atención prehospitalaria recibida por el paciente) o la demora de retornos a domicilio de pacientes pediátricos especialmente vulnerables.

En definitiva, la implantación de un sistema integrado de Gestión de Calidad y Seguridad, basado en las Normas ISO 9001 y UNE 179003, ha sido clave para impulsar el ciclo de mejora continua en nuestra unidad, monitorizando la calidad percibida por nuestros usuarios, optimizando la eficiencia de nuestros procesos asistenciales e incorporando a nuestra rutina diaria la notificación y gestión de incidentes, así como la identificación y abordaje de los puntos débiles del sistema.

Avance próximo número

En el próximo boletín hablaremos sobre la importancia de la correcta higiene de manos para una atención sanitaria segura. Según la Organización Mundial de la Salud, de 5 a 8 millones de vidas al año podrían ser salvadas con una correcta higiene de manos de todos los sanitarios. Por ello, y por coincidir con el Día Mundial de Higiene de Manos (5 de mayo), el próximo numero vendrá con artículos y recomendaciones en relación con la Higiene de Manos. Como avance, te dejamos la infografía de la OMS sobre los cinco momentos de la higiene de manos y el enlace a la página de la OMS https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/



NOS VEMOS EN MAYO

BUZÓN DE SUGERENCIAS: PUEDES ENVIARNOS TUS IDEAS Y PROPUESTAS A TRAVÉS DE LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
victor.escudero@salud.madrid.org; calidad.summa@salud.madrid.org