

# Estrategia de Seguridad del Paciente

2015-2020

Servicio Madrileño de Salud

# Estrategia de Seguridad del Paciente

## 2015 - 2020



**Observatorio Regional  
de Riesgos Sanitarios**



Edita: CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Coordina: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano  
y Humanización de la Asistencia Sanitaria  
(antigua Dirección General de Atención al Paciente)

Maquetación: B.O.C.M.

Edición: 1/2015





7.7. Atención al dolor	97
7.8. Radiaciones ionizantes	99
7.9. Cuidados y técnicas de enfermería	101
7.10. Entornos de especial riesgo en atención primaria	105
7.11. Uso seguro del medicamento	109
7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria	113
<b>Línea estratégica 8: Evitar intervenciones innecesarias</b>	116
<b>Línea estratégica 9: Fomentar la investigación</b>	119
<b>Línea estratégica 10: Facilitar la innovación tecnológica</b>	121
<b>Línea estratégica 11: Potenciar la formación</b>	123
<b>Línea estratégica 12: Desarrollar los sistemas de información</b>	126
<b>Implantación y seguimiento</b>	129
<b>Tabla resumen de actividades</b>	135
<b>Dirección, Coordinación y Participantes</b>	157
<b>Bibliografía</b>	163



# Presentación

6/180

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015-2020

La seguridad del paciente es hoy una prioridad para muchas organizaciones sanitarias de todo el mundo, y responde al compromiso de proporcionar una atención sanitaria de calidad y con un riesgo minorado para los ciudadanos.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad diseña la política de seguridad del paciente, su despliegue e implementación en los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud.

En este sentido en el año 2004, se puso en marcha el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, que impulsó el Plan de Riesgos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud como una de sus primeras acciones estratégicas.

Desde entonces se han desarrollado un gran número de actuaciones, en una mejora continua, encaminadas a reforzar el liderazgo y el compromiso con la cultura de seguridad, la implicación de los profesionales y la participación de los pacientes.

Iniciamos ahora una nueva etapa, a partir de los logros conseguidos en el desarrollo de la Estrategia de Seguridad del paciente 2010-2012. Por ello, presentamos esta nueva Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020, elaborada por un gran número de profesionales de nuestra organización sanitaria.

Gracias al esfuerzo de muchos profesionales, podemos documentar un avance valioso en la provisión de una atención sanitaria más segura a nuestros ciudadanos y un mejor conocimiento de la realidad actual, cuyos principales hitos recogemos en este Plan Estratégico, así como establecer las medidas de actuación para el período 2015-2020.

Quiero expresar mi más sincero reconocimiento a todos los gestores y profesionales del Servicio Madrileño de Salud, por su implicación para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

Juntos asumimos el compromiso de lograr una atención sanitaria segura y de excelencia, en beneficio de los ciudadanos madrileños.

Consejero de Sanidad

# Introducción

7/180

**E**n este documento se presenta la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015 - 2020, elaborada por un amplio conjunto de profesionales pertenecientes tanto a centros sanitarios como a las unidades directivas de la Consejería de Sanidad, con la coordinación de la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente.

La Organización Mundial de la Salud define, en su Marco Conceptual, la seguridad del paciente como la evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Por tanto, la mejora de la seguridad del paciente requiere un esfuerzo sistémico complejo, dirigido a una amplia variedad de actuaciones relacionadas con el desempeño, el entorno y la gestión de riesgos.

Este enfoque integral es relativamente reciente. Si ponemos el foco a nivel internacional, la seguridad del paciente emergió a finales del siglo XX y principios del XXI, impulsada primero desde el ámbito de la responsabilidad sanitaria y posteriormente desde el campo de actuación de la calidad asistencial, como una apuesta de diferentes organizaciones entre las que se encontraban la ya citada Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosos organismos de especializados en este campo, como la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*), el NQF (*National Quality Forum*) en EEUU, la *National Patient Safety Agency* (NPSA) en el Reino Unido o el *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI) en Canadá.

Uno de los momentos clave en este desarrollo se produjo en el año 1999, con la publicación del ya clásico informe "*To err is human*" del *Institute of Medicine* que estimó que entre 44.000 y 98.000 muertes anuales en EEUU eran consecuencia de la asistencia sanitaria. En septiembre de 2013 otro estudio publicado en el *Journal of Patient Safety* al menos duplica las estimaciones. Así, James, en el estudio "*A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care*", establece un rango de 210.000 a 440.000 muertes anuales atribuibles a eventos adversos en EEUU.

Durante los años que separan ambos estudios, se abordaron multitud de iniciativas y proyectos para caracterizar el problema, desarrollar mecanismos de actuación para combatirlo y evaluar su impacto. Numerosas iniciativas arrojan resultados positivos,

como refleja el informe sobre prácticas seguras recomendadas por la AHRQ en 2013, pero también son patentes las dificultades para diseñar, implementar y evaluar actuaciones que promuevan mejoras efectivas en la seguridad de los pacientes (prácticas seguras), incluida la necesidad de desarrollar investigación para obtener evidencia científica de calidad.

Actualmente el foco se dirige a los factores sistémicos frente a los individuales, desde el compromiso de los profesionales y las organizaciones de aprender de los errores y garantizar una asistencia sanitaria segura a los ciudadanos.

La expansión de la seguridad del paciente está avalada por un enfoque metodológico riguroso basado en las herramientas de planificación sanitaria y evidencia científica. A nivel global, nacional y local se han multiplicado las estrategias y planes de actuación, se han desarrollado numerosos proyectos de investigación y difundido un número creciente de publicaciones científicas que van señalando el camino a seguir, aunque también planteando las preguntas pendientes de respuesta.

A nivel nacional, el INSALUD a mediados de los años noventa comenzó a desarrollar diferentes actuaciones que culminaron con la publicación de la Circular 4/01, de 14 de noviembre de 2001 sobre funciones de los asesores de riesgos sanitarios. Posteriormente encontramos iniciativas como la de la Fundación MAPFRE y la Fundación Avedis Donabedian con la creación de un Centro de investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes o ya más entrados en el siglo actual, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad que impulsó a través de la Estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud (años 2006 y 2010), diversas actuaciones en seguridad del paciente alineadas con las directrices de la OMS y de la Comisión Europea.

En el marco de esta estrategia se han desarrollado diferentes estudios que han contribuido a caracterizar los problemas de seguridad del paciente en nuestro entorno y la frecuencia de aparición de eventos adversos, siendo el más conocido es el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), aunque también se realizó un estudio similar en Atención Primaria (APEAS). Junto a ellos, otras organizaciones también han desarrollado trabajos como son los relacionados con las urgencias (EVADUR, 2010) o medicina intensiva (SYREC, 2010).



En estos últimos años, diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) también han desarrollado sus propias estrategias para mejorar la seguridad de sus pacientes, ya sea de forma específica o dentro de sus planes de salud y el mismo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está actualmente revisando su estrategia con nuevas líneas estratégicas y recomendaciones con el fin de prevenir o reducir la probabilidad de que los pacientes sufran efectos no deseados derivados de la práctica asistencial.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Sanidad 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 Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios (Decreto 134/2004 de 9 de septiembre), como órgano consultivo y de asesoramiento en materia de riesgos sanitarios, con carácter funcional, adscrito a la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

Una de las primeras actuaciones del Pleno del Observatorio fue la aprobación del primer Plan de Riesgos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud, que desarrolló seis líneas estratégicas en los años 2005 a 2009. En él se contemplaba la creación de una nueva y pionera estructura en las gerencias hospitalarias: las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios.

Estas unidades comenzaron a formarse en el año 2006 y su implantación fue plena desde 2007 en Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112. Su objetivo es identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad de los pacientes. Actualmente, el Servicio Madrileño de Salud cuenta con Unidades Funcionales en todos sus hospitales, las direcciones asistenciales de atención primaria y la Gerencia del SUMMA 112.

En el año 2010, el Servicio Madrileño de Salud, abordó el desarrollo de un segundo ciclo de planificación con la publicación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012, cuyas actuaciones se han mantenido en 2013 y 2014, en paralelo al inicio de los trabajos para la elaboración de esta nueva Estrategia 2015-2020.

Durante todos estos años, numerosos profesionales y gestores del Servicio Madrileño de Salud han trabajado en el despliegue de las actividades de seguridad del paciente en los centros asistenciales, conformando una masa crítica sensibilizada y preparada para abordar nuevos objetivos y lograr más avances en la mejora de la seguridad de los pacientes.

# METODOLÓGIA



# Metodología

La planificación estratégica es una herramienta dinámica que, basándose en un análisis de la situación actual, permite a las organizaciones identificar sus puntos fuertes y áreas de mejora con el fin de anticiparse a los desafíos y oportunidades que se puedan presentar, facilitando la definición de los objetivos y líneas de actuación con el fin de cumplir con su misión y alcanzar su visión teniendo en cuenta sus valores.

Su desarrollo debe ser un proceso participativo que incluya diferentes fases: tener definida la misión, visión y valores, realizar un análisis interno y externo, formular un análisis de fortalezas y debilidades, establecer las líneas estratégicas futuras con objetivos y actuaciones y, por último, establecer cómo se desplegará y realizará su evaluación.

Este camino a seguir es un método que nos permite facilitar la consecución de los objetivos organizacionales, a través de la metodología que acabamos de describir y se recoge en la siguiente figura:

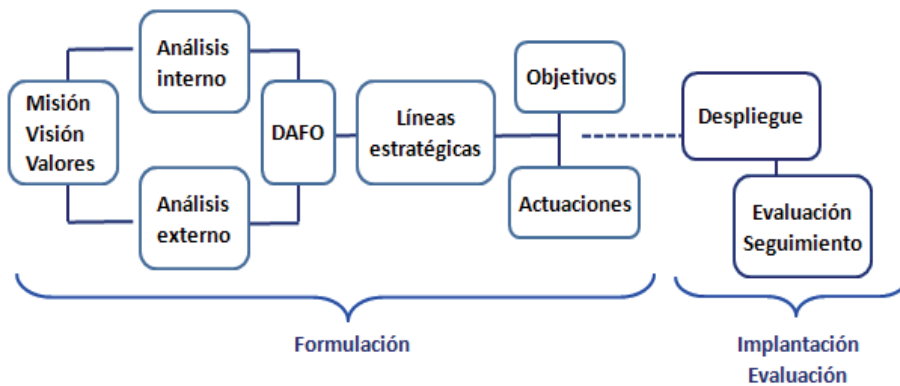


Figura 1: Fases de la planificación estratégica

El trabajo técnico para la elaboración de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 se inició en el último semestre de 2013, coordinado por la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente.

En primer lugar y siguiendo la metodología propuesta se abordó el análisis de situación, tanto interno como externo. A continuación, se realizó un análisis DAFO-CAME para la evaluación de las potenciales Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades de la organización en relación a la seguridad del paciente. Posteriormente, se elaboró la propuesta del Marco Estratégico, con la definición de líneas estratégicas, con sus correspondientes objetivos y actuaciones.

El enfoque estratégico fue presentado al Pleno del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios en su reunión del 16 de septiembre de 2014, como órgano encargado de proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan de gestión de riesgos para nuestra Comunidad.

Por otra parte, las diferentes tareas se han desarrollado a través de la constitución de distintos grupos, ya sean de coordinación o de trabajo específico, y en ellos han participado diferentes expertos de nuestra organización con el siguiente esquema:



**Figura 2: Organización de los participantes y el proceso de trabajo**

Todos ellos han posibilitado la participación de las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad y de profesionales de los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud con las siguientes actuaciones:

- Grupo Coordinador de la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente: estableció la metodología, enfoque estratégico, representantes del grupo técnico y coordinadores de los grupos de trabajo, plazos y medios de trabajo para los grupos, incluida la recopilación de información para el análisis de situación, participando en todas las fases de la planificación.
- Comité Operativo: en él están representadas las diferentes Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad; se constituyó para el seguimiento de la Estrategia 2010-2012 y participó en la revisión del enfoque estratégico y la definición de las líneas estratégicas de la presente estrategia.
- Grupos de Trabajo: para el desarrollo de las Líneas Estratégicas (introducción, objetivos y actuaciones) que contaban con:
  - Coordinadores: se establecieron para cada una de las líneas.
  - Colaboradores: participantes en las propuestas de las líneas, a solicitud de los coordinadores de los grupos de trabajo.

A continuación se abordaron las diferentes fases de la metodología, comenzando por la Misión, Visión y Valores. En este sentido, el Grupo Coordinador de la Subdirección de Calidad de la Dirección General de Atención al Paciente después de examinar la misión, visión y valores de la anterior estrategia decidió que se mantuviera como base de la nueva formulación, siendo posteriormente revisadas por los componentes de los diferentes grupos creados para la elaboración de la actual.

El análisis de la situación a nivel interno se centró en las principales actuaciones y resultados del Servicio Madrileño de Salud en relación con la seguridad del paciente, incluyendo datos relativos a la evaluación de la anterior estrategia, de los objetivos institucionales y su evolución, de la actividad de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios, de los resultados del Servicio Madrileño de Salud en los indicadores de seguimiento de la estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud y de diferentes actuaciones y prácticas seguras desplegadas en relación al control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Las diferentes fuentes se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Análisis Interno: Actuaciones y resultados del Servicio Madrileño de Salud en seguridad del paciente**

**Estrategia de Seguridad:**

- ✓ Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012

**Objetivos institucionales:**

- ✓ Evolución de las líneas de actuación y resultados 2011 y 2013

**Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios:**

- ✓ Evolución de los resultados de actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de 2007 a 2013
- ✓ Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios hospitalarias: desarrollo, barreras y retos

**Indicadores de Seguridad del Paciente en el SNS:**

- ✓ Evolución de resultados del Servicio Madrileño de Salud 2010-2013

**Higiene de Manos:**

- ✓ Resultados despliegue Estrategia Higiene de Manos del Servicio Madrileño de Salud 2013

**Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria:**

- ✓ Vigilancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en la Comunidad de Madrid-Informe año 2012
- ✓ Proyecto Neumonía Zero
- ✓ Proyecto Bacteriemia Zero

**Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud**

El análisis externo se realizó mediante una revisión bibliográfica enfocada a las principales instituciones nacionales e internacionales con competencias en seguridad del paciente y agencias y organismos de reconocido prestigio en este campo, como la OMS o en Europa, EEUU y Canadá.

Las diferentes fuentes se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 2. Análisis externo. Instituciones, agencias y organismos nacionales e internacionales expertos en seguridad del paciente**

#### España

- ✓ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Agencia de Calidad
- ✓ Instituto para el Uso Seguro del Medicamento de España
- ✓ CCAA: Andalucía, Baleares, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, Valencia e INGESA (Ceuta /Melilla)

#### Organización Mundial de la Salud (OMS)

#### OCDE

#### Europa

- ✓ Comisión Europea
- ✓ European Union Network for Patient Safety and Quality of Care
- ✓ National Patient Safety Agency (NPSA)
- ✓ National Health Service (NHS)

#### EEUU

- ✓ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- ✓ National Quality Forum (NQF)
- ✓ The Joint Commission
- ✓ Institute for Healthcare Improvement (IHI)

#### Canadá

- ✓ Accreditation Canada
- ✓ Canadian Patient Safety Institute (CPSI)

En ambos procesos para facilitar el análisis de la situación (externo e interno) se elaboraron fichas resumen como documentación de partida para sintetizar la información relevante. En concreto, 16 fichas de análisis externo y 11 fichas sobre las actuaciones y resultados del Servicio Madrileño de Salud, que posteriormente se facilitaron a los participantes de los diferentes grupos de trabajo.

A partir de las definiciones de Misión, Visión y Valores, así como del análisis de situación, el grupo coordinador elaboró un análisis para la evaluación de las potenciales

Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO-CAME) de la organización en relación a la seguridad del paciente.

Se identificaron y valoraron los factores internos y externos de la organización que afectan de forma negativa (D-A) y positiva (F-O) respectivamente a la prestación de una atención segura.

En la segunda parte del análisis (CAME), se establecieron actuaciones para Corregir las debilidades y Afrontar las amenazas (C-A) y, en lo positivo, Mantener las fortalezas y Explotar las oportunidades (M-E).

Posteriormente cruzando los factores de análisis para visualizar el potencial mapa de actuaciones derivadas del análisis DAFO CAME, se elaboró una propuesta inicial de Marco Estratégico.

El comité operativo revisó las propuestas previas, resultando finalmente el Marco Estratégico del Servicio Madrileño de Salud para la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, con doce líneas estratégicas estructuradas en cuatro perspectivas basadas en el enfoque del Cuadro de Mando Integral (CMI), que establecen los pilares del marco estratégico en una organización.

Las cuatro perspectivas clásicas establecidas en el CMI son la financiera, la del cliente, la del proceso interno y la del aprendizaje y crecimiento. Puesto que en el entorno público las perspectivas financiera y de cliente vienen determinadas por factores reguladores externos, se consideró de más interés utilizar en su lugar otras más relevantes para el funcionamiento de una organización en este entorno. En este sentido, las cuatro perspectivas utilizadas para el análisis son: Organización, Agentes/ Grupos de Interés, Procesos Internos y Aprendizaje y Futuro.

Para el desarrollo de las líneas estratégicas, en junio de 2014 se constituyeron 23 grupos de trabajo: uno por cada una de las 11 líneas estratégicas definidas y otros 12 en la línea restante, dedicada a las prácticas seguras. En cada grupo se designaron uno o dos coordinadores, la mayoría ya incorporados previamente. A todos ellos se les proporcionó la documentación de referencia en un espacio virtual de colaboración



habilitado dentro del Portal de Seguridad de la Intranet del Servicio Madrileño de Salud, invitándoles a incorporar a los colaboradores que considerasen oportuno (la relación completa de participantes puede consultarse al final del documento).

17/180

Cada grupo de trabajo desarrolló una propuesta para la línea estratégica asignada incluyendo: una introducción-justificación, los objetivos estratégicos, las actuaciones propuestas para su despliegue, así como la bibliografía de referencia, los colaboradores en la propuesta y otros posibles materiales que considerasen de interés. Estas propuestas se revisaron conjuntamente con el grupo coordinador y posteriormente se trasladaron al conjunto de participantes para su versión definitiva.

A continuación presentamos los resultados de la formulación estratégica, comenzando por el análisis de situación.

# ANÁLISIS DE SITUACIÓN



# Análisis de situación

## ANÁLISIS INTERNO

19/180

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha abordado la seguridad del paciente como uno de sus objetivos estratégicos, para lo cual creó en el año 2004 el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, adscrito con carácter funcional a la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria.

Sus objetivos son impulsar y difundir la cultura de la gestión de riesgos sanitarios en la Comunidad de Madrid, obtener, analizar y difundir información periódica y sistemática sobre los riesgos sanitarios y proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan de gestión de riesgos.

En 2005, el Observatorio aprobó las seis líneas específicas de actuación que conformaron el primer Plan de gestión riesgos sanitarios:

Tabla 3. Plan de gestión de riesgos sanitarios 2005: líneas específicas

1. Impulsar la cultura de la gestión de los riesgos sanitarios
2. Desarrollar las estructuras para la gestión de riesgos sanitarios
3. Establecer líneas de información
4. Proporcionar formación continuada de los profesionales
5. Desarrollar herramientas para la identificación y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria
6. Establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios

En los siguientes años, entre el 2005 y el 2009, el Plan se fue desarrollando. A continuación se presenta un resumen de sus principales resultados:

**Tabla 4. Actuaciones y resultados del Plan de gestión de riesgos sanitarios 2005-2009**

**1. Impulsar la cultura de la gestión de los riesgos sanitarios.**

*Resultados:* Dos jornadas anuales, creación del espacio de seguridad en Intranet corporativa, elaboración y difusión de recomendaciones y guías sobre Seguridad a pacientes y profesionales (población infantil, adulta y pacientes dependientes; cuidados domiciliarios; prevención y control de la infección nosocomial en atención especializada y de prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria; carteles y una hoja para entregar a pacientes hospitalizados con recomendaciones para mejorar su seguridad).

**2. Desarrollar las estructuras para la gestión de riesgos sanitarios.**

*Resultados:* Se establecieron dos niveles en la estructura organizativa: el Observatorio a nivel central y las Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos en todas las Gerencias. Las unidades están conformadas, como mínimo, por un miembro del equipo directivo, un representante del área de calidad, un representante del área de Farmacia y, en Atención Especializada se añade, además, un representante del área de medicina preventiva. En 2008 el número de unidades constituidas era de 45. En ellas colaboraban un total de 393 profesionales, y el 89% de las Unidades Funcionales tienen objetivos de actuación propios. Los hospitales puestos en marcha en 2008 disponen de una Comisión de Seguridad de Pacientes.

**3. Establecer líneas de información.**

*Resultados:* en hospitales, principalmente a través de las reclamaciones al Servicio de Atención al Paciente (67,6%) y los registros propios del centro (12,6%). En atención primaria las principales fuentes de datos son los sistemas de notificación (57,5%) seguido por el Portal de uso seguro de medicamentos (29,6%). Los resultados de las comunicaciones a este portal nos indica que la etapa en la que se producen los errores de medicación con mayor frecuencia (56%) se deben a la prescripción, mientras que los errores que han tenido lugar por la forma en la que se utilizan los medicamentos, tanto por parte del paciente como por parte de los profesionales sanitarios suponen un importante apartado, tanto por su frecuencia (12%) como por el hecho de poder originar daño en el paciente.

**4. Proporcionar formación continuada de los profesionales.**

*Resultados:* realización de cursos básicos de gestión de riesgos, herramientas, seguridad en el uso del medicamento, infección ligada a los cuidados y comunicación. Por parte de las unidades funcionales, se desarrollaron actividades de formación y de difusión de la cultura de seguridad, desarrollo de proyectos de investigación y comunicaciones a reuniones científicas.

Tabla 4. Actuaciones y resultados del Plan de gestión de riesgos sanitarios 2005-2009

5. Desarrollar herramientas para la identificación y valoración de los riesgos relacionados con la asistencia sanitaria.

*Resultados:* recomendando la utilización del análisis causa raíz, del análisis modal de fallos y efectos (AMFE) y la puesta en marcha de sistemas de comunicación de incidentes sin daño. Se realizó un documento de apoyo a las unidades funcionales con conceptos, fuentes de información y herramientas básicas para la gestión de riesgos y otro documento con recomendaciones para la implantación de estrategias específicas de cada Gerencia, utilizando la estructura de criterios del modelo de excelencia EFQM.

6. Establecer medidas para prevenir, eliminar o reducir los riesgos sanitarios.

*Resultados:* Desde 2005 inclusión de objetivos institucionales para la mejora de la seguridad del paciente de los centros. Se han desarrollado actuaciones sobre uso seguro de medicamentos, mediante programas de farmacovigilancia, notificación de errores de medicación y paciente polimedcado; prevención de la infección mediante implantación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, sistema de información RIHOS -Registro Regional de Infección Hospitalaria; identificación inequívoca de pacientes; prevención de úlceras por presión y caídas; mantenimiento de carros de paradas.

Desde 2005 para la red de farmacias centinela y 2007 para las unidades funcionales, funciona el portal <http://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/> (farmacovigilancia y notificación de errores e incidentes de medicación y productos sanitarios) para la notificación de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) y errores de medicación.

A partir del impulso inicial del Observatorio y del Plan de gestión riesgos sanitarios en 2005, el Servicio Madrileño de Salud ha desarrollado multitud de actuaciones en seguridad del paciente con una participación creciente en todos los niveles de la organización, principalmente canalizadas a través de los objetivos institucionales anuales con los centros asistenciales y de los siguientes ciclos de planificación.

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012, extendida a 2013 y 2014, fue aprobada por el Observatorio, desplegándose en todos los centros sanitarios de atención primaria, atención especializada y SUMMA 112, a través de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, los Servicios Clínicos y las correspondientes Direcciones Asistenciales y de Gerencia, así como de las Unidades Directivas de la Consejería de Sanidad.

La Estrategia 2010-12 se estructuraba en cuatro líneas estratégicas y éstas, a su vez, se articulaban en 21 objetivos estratégicos, 102 objetivos operativos y 237 actuaciones.

El 57% de las actuaciones estaban relacionadas con la atención directa a los pacientes y el 43% con el impulso de la cultura de seguridad, el conocimiento y aprendizaje y la organización en torno a la SP. En la siguiente tabla se presentan las líneas de esta Estrategia:

**Tabla 5. Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012:  
Líneas estratégicas (LE)**

LE1. Promover y difundir la cultura de seguridad	
LE2. Conocer y aprender de nuestra realidad	
LE3. Optimizar nuestra organización	
LE4. Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes :	
Esta línea 4 incluye diez apartados, relacionados con prácticas seguras de cada una de las siguientes áreas:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del paciente</li> <li>• Comunicación y transferencia de información</li> <li>• Uso de medicamentos y productos sanitarios</li> <li>• Atención Primaria</li> <li>• Prevención de la infección asociada a la atención sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados</li> <li>• Cirugía y anestesia</li> <li>• Paciente crítico</li> <li>• Parto y neonato</li> <li>• Urgencias</li> </ul>

Una vez finalizadas sus actuaciones, en la evaluación de cierre de la Estrategia 2010-12 realizada en mayo de 2014, el 88% de las mismas se habían finalizado o se encontraban en desarrollo.

En la figura 3 se presentan los datos globales de evaluación y en la tabla 6 se resumen las actuaciones realizadas en cada línea estratégica. El mayor volumen de actuaciones, tanto en el planteamiento de la estrategia como consideradas concluidas o en desarrollo en su evaluación, corresponden a la "LE4. Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes".

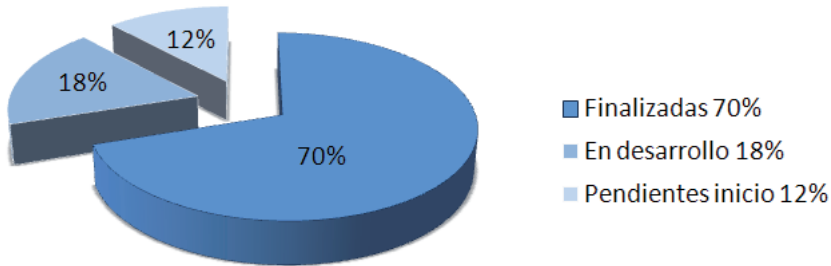


Figura 3: Evaluación de cierre de la ESP2010-12: ejecución global de las actuaciones

En la siguiente tabla se recoge la información detallada sobre los principales resultados del desarrollo de actuaciones de la Estrategia 2

Tabla 6. Actuaciones y resultados de la Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012 del Servicio Madrileño de Salud	
LE1: Promover y difundir la cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>•45 actividades (19%)</li> <li>•88,9% concluidas/en desarrollo</li> </ul>
<p>Portal de seguridad del paciente (intranet Consejería de Sanidad); sistema de información de actividad de las Unidades Funcionales; formación en seguridad del paciente (presencial y on-line); criterios evaluación prácticas seguras; seguimiento indicadores seguridad del paciente (Observatorio de Resultados); rondas de seguridad con directivos; grupos y espacios de trabajo (portal de seguridad del paciente); organización-participación en jornadas de seguridad del paciente; edición boletines de seguridad del paciente; actuaciones para implicar al paciente (información en portal corporativo de internet; objetivo específico para Unidades Funcionales; preguntas de percepción de la seguridad del paciente en encuesta satisfacción anual; análisis de Sugerencias-Quejas-Reclamaciones; participación de pacientes en encuentros-jornadas de seguridad del paciente; Comisión de Consentimiento Informado); sesiones/cursos sobre prácticas seguras impartidos por profesionales; líderes clínicos referentes en proyectos institucionales; colaboración con Sociedades, Asociaciones, MSSSI, Universidades, etc., en proyectos, recomendaciones, actividades de formación y jornadas.</p>	

Tabla 6. Actuaciones y resultados de la Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012 del Servicio Madrileño de Salud

LE2: Conocer y aprender de nuestra realidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>•31 actividades (13%)</li> <li>•93,5% concluidas/en desarrollo</li> </ul>
<p>Adaptación sistemas de información y memorias Unidades Funcionales a la terminología OMS; Identificación indicadores en SP; sistema notificación de atención primaria (CISEM-AP), análisis de los Sistemas de notificación de hospitales y propuesta de unificación, apartado específico para notificación en Portal de seguridad del paciente; Revisión y comunicación diaria de las notificaciones de errores de medicación, problemas de calidad de medicamentos; oferta de formación, documentación ACR y AMFE, jornadas anuales para Unidades Funcionales sobre metodología y herramientas.</p>	
LE3: Optimizar nuestra organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>•27 actividades (11,4%)</li> <li>•88,9% concluidas/en desarrollo</li> </ul>
<p>Desarrollo de objetivos e indicadores anuales de seguridad del paciente y apoyo a la implementación en los centros; Informe anual de resultados; seguimiento coordinado de la implantación entre unidades directivas; formación, recomendaciones, objetivos específicos, evaluación y presentación anual resultados de Unidades Funcionales; participación de directivos como docentes en seguridad del paciente, incorporación de profesionales líderes a Unidades Funcionales y Comisiones de Seguridad, especificaciones técnicas en compras centralizadas (medicamentos y productos sanitarios) y concursos de aparatos y dispositivos de administración de medicamentos para evitar errores.</p>	
<p>LE4: Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes:</p> <p>(*) 4.1: identificación del paciente; 4.2 comunicación y transferencia de información en la asistencia sanitaria; 4.3 uso de medicamentos y productos sanitarios; 4.4 asistencia en Atención Primaria; 4.5 prevención de la infección asociada a la atención sanitaria; 4.6 cuidados; 4.7 cirugía y anestesia; 4.8 atención al paciente crítico; 4.9 atención al parto y al neonato; 4.10 atención de Urgencias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•134 actividades (56%)</li> <li>•88,1% concluidas/en desarrollo</li> </ul>

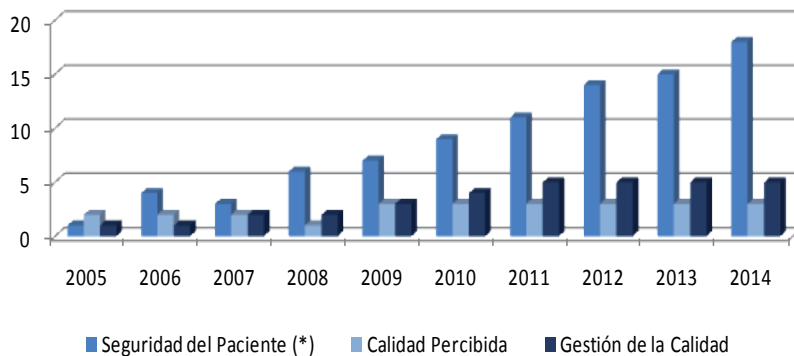


**Tabla 6. Actuaciones y resultados de la Estrategia de seguridad del paciente 2010-2012 del Servicio Madrileño de Salud**

- Identificación del paciente: consolidación de identificación inequívoca (diferentes ámbitos asistenciales); pilotaje nuevos sistemas identificación.
- Comunicación e información: Actuaciones-recomendaciones mejora información verbal a pacientes/familiares; formación para el manejo pacientes con dificultades de la comunicación, recomendaciones uso de abreviaturas, símbolos y acrónimos, mejora acceso a la información clínica por los profesionales a través de visores y mejora de la interoperabilidad de los sistemas de información; análisis y estudio de criterios sistemas de información y visores existentes.
- Uso seguro del medicamento: conciliación medicación y atención al mayor polimedcado, desarrollos informáticos (hoja de medicación personalizada; registro de alergias e intolerancias a fármacos, incluidas RAM y medicamentos en la historia clínica informatizada, ayudas electrónicas a la prescripción), web para pacientes sobre medicamentos, seguimiento errores de medicación notificados en el Portal de Uso Seguro de Medicamentos, protocolos de anticoagulación oral en los centros de salud, listado unificado de medicamentos de urgencia recomendados en atención primaria y guía de preparación y administración, normas de almacenamiento/distribución/conservación de los medicamentos en los botiquines, consultas, plantas en Atención Primaria y Especializada, recomendaciones de rotulado de los cajetines de medicación en los botiquines, neveras donde se almacenan medicamentos, consultas donde se administran, quirófanos, plantas etc., actuaciones para mejorar la seguridad en la administración de fármacos (diferenciar las vías por colores, unificación de colores de conexiones de tubos y catéteres).
- Participación del paciente, familiares y cuidadores: incorporación de aspectos de seguridad del paciente en los proyectos de educación para la salud.
- Despliegue de proyectos institucionales: Estrategia de higiene de manos, proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero en UCI
- Cuidados: paciente mayor frágil, pacientes inmovilizados, prevención de caídas, úlceras por presión, trombosis venosa profunda y TEP, actuaciones para minimizar los errores de vacunación.
- Infecciones relacionadas con la atención sanitaria: prevención infección herida quirúrgica, sistema electrónico de vigilancia –VIRAS–, ficha informatizada para la recogida de datos en brotes hospitalarios, identificación de microorganismos multi-resistentes asociadas a la infección hospitalaria.
- Parto-neonato: Actuaciones para mejorar la seguridad del parto normal, identificación inequívoca recién nacido y madre, notificaciones sobre seguridad de medicamentos en neonatología, protocolo atención al prematuro con la máxima participación posible de la familia.
- Implantación listado de verificación quirúrgica, recomendaciones administración medicamentos de riesgo en anestesia.
- Recomendaciones de acogida y formación de nuevos trabajadores, protocolos de atención parada cardio-respiratoria.

Desde que se inició la constitución de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, los objetivos institucionales con los centros asistenciales de atención primaria, hospitales y SUMMA 112 han sido un instrumento para el despliegue de la seguridad del paciente, junto con otros objetivos institucionales de calidad asistencial, farmacia, continuidad asistencial, atención al paciente y sistemas de información.

En la figura 4 se muestra la evolución en el número de objetivos de seguridad del paciente incluidos (con un rango de 1 en 2005 a 18 en 2014), junto al de indicadores en gestión de la calidad y calidad percibida. Los objetivos con los centros asistenciales son autoevaluados, revisados y auditados anualmente, desarrollando los centros planes de mejora para las actuaciones que no han alcanzado el objetivo establecido.



**Figura 4. N° de objetivos 2005-2014 de calidad (Seguridad del Paciente, Calidad Percibida y Gestión de Calidad)**

Como resumen de la evolución de los citados objetivos podemos señalar los siguientes aspectos:

- La identificación de pacientes, la higiene de manos y la formación se mantienen desde 2006.
- Posteriormente se incorporaron: la prevención de las úlceras por presión (2008), la implantación del listado de verificación quirúrgica (2009), la realización de rondas de seguridad (2010) y el nombramiento de responsables de seguridad del paciente en los servicios clínicos (2011).

- Respecto al control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, la prevalencia global en cada centro se incorpora en 2009, en 2012 la incidencia infección asociada a la cirugía de prótesis de cadera y en 2013 la bacteriemia por SARM.
- En el área de cuidados críticos se incorporaron los proyectos sobre "Bacteriemia y Neumonía Zero" (2009 y 2011).
- En prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico, en los años 2012 y 2013, se incorporan dos objetivos sobre el riesgo de suicidio y los cuidados en el paciente con trastorno mental grave.

Los resultados de los indicadores de Seguridad del Paciente disponibles en los últimos años, revelan el avance en la obtención de resultados positivos, relacionados con la implantación efectiva de las estructuras organizativas y el incremento de profesionales directamente implicados en la mejora de la seguridad del paciente, la implantación y uso de herramientas y el despliegue de actuaciones de mejora.

A continuación presentamos la evolución de los principales resultados citados, en los años 2011 y 2013:

**Tabla 7. Resultados de los objetivos institucionales de Seguridad del Paciente: 2011 y 2013**

Indicadores	2011	2013
Nº de objetivos de seguridad del paciente establecidos en los centros	233	279
% de implantación de responsables de seguridad del paciente por servicios clínicos / unidades	100% en al menos 2 servicios	98,6% de todos Servicios clínicos
% de servicios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad del paciente	No establecido	79,2%
Nº de visitas ("Rondas") realizadas por directivos a las unidades vinculadas a seguridad del paciente	182	189
% implantación sistema identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras	88,9%	Consolidado
Nº de planes de mejora de higiene de manos desarrollados	No establecido	114

	2011	2013
% de intervenciones quirúrgicas programadas en que se utiliza lista de verificación quirúrgica	83,6%	79,0%
% de pacientes con valoración de riesgo de úlceras por presión	92,9%	98,1%
Prevalencia de Infección nosocomial	6,4%	6,9%
Neumonía Zero	100% de las UCI adheridas al proyecto	4,37 episodios/ 1000 días de ventilación mecánica
Bacteriemia Zero	2,7 episodios/ 1000 días de catéter venoso central	1,6 episodios/ 1000 días de catéter venoso central

Respecto a los resultados de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF)/Comisiones de Seguridad podemos decir que han sido clave en el impulso de la seguridad del paciente en el Servicio Madrileño de Salud.

La implantación de las unidades es plena desde el año 2007 en todas las direcciones asistenciales de primaria, hospitales y SUMMA 112. En 2014, hay 42 unidades: 7 en atención primaria, 34 en hospitales y 1 en SUMMA 112.

En la siguiente tabla se resume información sobre la evolución de la actividad de las Unidades Funcionales, que se encuentra consolidada en la mayoría de los centros sanitarios:

Indicadores		2007	2013
Aspectos estructurales:	Nº UF	27	43
	Miembros/UF	7,3	13,7
	Reuniones anuales/UF	5,9	8,2
	Actividades formativas en SP	543	1.347

Tabla 8. Actividad de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (UF)			
Aspectos de proceso:	Incidentes identificados	874 (23,6/UF)	19.631 (456,5/UF)
	Incidentes analizados	409 (11,1/UF)	13.778 (320,4/UF)
	Incidentes analizados/identificados (%):	46,8%	70,2%
	UF con Sistema de notificación	70,3%	100%
Producción de resultados:	UF implantaron $\geq 1$ práctica segura	64,9%	86%
	UF desarrollaron prácticas seguras generalizables	43,2%	18,6%
	UF realizaron comunicaciones científicas	-	58,1% (Total: 159)
	UF desarrollaron estudios de investigación	16,2% (Total: 9)	55,8% (Total: 91)
	UF publicaron artículos científicos	35,1% (Total: 27)	37,2% (Total: 69)

Para conocer las percepciones que los directivos y los miembros de las unidades tenían sobre las actuaciones, logros, barreras y retos de futuro, desde la Subdirección de Calidad se realizó un estudio en el año 2012 que determinó la necesidad de seguir mejorando en cultura, formación y tiempo dedicado, así como involucrar a los profesionales y líderes directivos y clínicos.

El estudio de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente utiliza diferentes aproximaciones metodológicas, siendo una de ellas las encuestas a los usuarios de los servicios sanitarios sobre los eventos adversos y sus consecuencias. Desde 2010, en las encuestas de satisfacción que realiza cada año el Servicio Madrileño de Salud a los usuarios, se formula una pregunta sobre la percepción respecto a su seguridad y otra sobre la gravedad de las consecuencias del error experimentado. Así, en torno a un 10% de los pacientes consideran que han sufrido un error en su atención (menor en cirugía ambulatoria, con un 6%, y SUMMA 112, en torno a 4%), y de ellos el 50 % consideran que las consecuencias fueron bastante graves o muy graves.

En la siguiente tabla se presenta, por entornos asistenciales en 2013, el porcentaje de usuarios que creen haber sufrido algún error (% error) y, de estos, el porcentaje que creen que las consecuencias del error han sido bastante o muy graves (% bastante-muy grave).

Tabla 9. Percepción de los usuarios sobre su seguridad		
	% error	% bastante-muy grave
Atención primaria	10,7	44,0
Hospitalización	9,5	50,1
Consultas externas hospitalarias	9,7	53,3
Urgencias hospitalarias	9,2	53,0
Cirugía ambulatoria	6	48,2
SUMMA 112		
<i>UVI móvil</i>	2	42,9
<i>Unidades de Atención Domiciliaria</i>	4,3	60,0
<i>Vehículos de intervención rápida</i>	4,6	37,6

En estos años el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) también ha establecido junto con las Comunidades Autónomas una serie de indicadores para monitorizar el avance de la estrategia nacional. Los resultados de la Comunidad de Madrid en 2013 respecto a los Indicadores de Seguridad del Paciente en el SNS, evidencian un notable avance en la implantación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, implantación de sistemas de notificación de eventos adversos (SNEA), protocolo de identificación de pacientes (PIP) y listado de verificación quirúrgica (LVQ).

Tabla 10. Indicadores de Seguridad del Paciente en el SNS. Resultados del Servicio Madrileño de Salud en 2010 y 2013			
Indicadores		2010	2013
Sistemas de Notificación de Eventos Adversos (SNEA)	% Centros AP con SNEA:	100%	100%
	Hospitales con SNEA:	100%	100%
Unidades Funcionales	% Implantación	100%	100%: 43 UF (7 en AP, 35 en Hospitales y 1 en SUMMA 112)
Identificación Pacientes	% Centros con protocolo	90,9%	100%
Listado Verificación Quirúrgica	% Centros con protocolo	92,6%	100%
	% Utilización	-	79,02% pacientes quirúrgicos
Uso de medicamentos	% Centros con protocolo para conciliar la medicación al alta	54,5%	65,71%
	% Centros con protocolo de medicamentos de alto riesgo	21,2%	68,57%

Junto con estos indicadores, la mejora de la higiene de manos ha sido un elemento fundamental. Por ello, tanto el Servicio Madrileño de Salud como el propio Ministerio han desarrollado actuaciones específicas de acuerdo con las directrices de la OMS. Los principales resultados alcanzados en 2013 son los siguientes:

Tabla 11. Estrategia de Higiene de Manos.  
Resultados del Servicio Madrileño de Salud en 2013

- En el 100% de las gerencias se han designado responsables de higiene de manos y constituido un grupo coordinador de higiene de manos.
- Los resultados de los objetivos de higiene de manos incluidos entre los objetivos institucionales de los centros, muestran cómo el despliegue de las actuaciones vinculadas a la Estrategia se han desarrollado en el 100% de los centros.
- En el estudio observacional de cumplimiento de higiene de manos (2011), los porcentajes de cumplimiento fueron: hospitales: 38,1%, atención primaria: 35,8%, y SUMMA 112: 30,9%.
- En hospitales, los indicadores de disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) muestran una tendencia a lo largo de los años creciente, con datos en 2013 en UCI de 97,5%, y en hospitalización del 95,4%. Los últimos datos disponibles de indicadores de PBA en el ámbito de atención primaria y SUMMA 112 son del 100%.
- En formación, con el curso on-line del Servicio Madrileño de Salud, se han formado cerca de 5000 profesionales, de todos los centros.
- El 100% de los centros han realizado actividades divulgativas o de sensibilización, a lo largo del año y específicamente con motivo de la celebración del día mundial de HM el 5 de mayo. Para ello, se ha utilizado tanto el material elaborado desde el Servicio Madrileño de Salud, como material propio de los centros.
- El 90% de hospitales y 75% de centros de salud que han realizado la autoevaluación con la herramienta de la OMS se encuentran en un nivel de desarrollo intermedio o avanzado.

Sobre la situación de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria (IRAS) destacan las actuaciones relacionadas con la reducción de la infección en las Unidades de cuidados intensivos, que comenzaron en el año 2010 con el proyecto Bacteriemia Zero (bacteriemia en pacientes con catéter venoso central), continuó con el proyecto Neumonía Zero (neumonía en pacientes con ventilación mecánica) y actualmente está inmerso en la implantación de un proyecto para reducir los gérmenes multi-resistentes (Resistencia Zero), así como la vigilancia de la Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) realizada a través del sistema informático centralizado VIRAS. A continuación se presentan los resultados en los centros del Servicio Madrileño de Salud:



**Tabla 12. Vigilancia y control de IRAS. Resultados del Servicio Madrileño de Salud en 2013**

- Prevalencia media global de pacientes con infección nosocomial: 6,98%.
- Incidencia global de la Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) en 2012: 3,91% infecciones (3,74% pacientes con infección). Estabilidad respecto a su evolución previa, con diferentes tendencias según tipos de cirugía y procedimientos.
- Neumonía Zero: desplegado en 2011-2012 en 26 UCI de adultos y 7 UCI pediátricas de hospitales. Reducción hasta una tasa de incidencia de 4,37 neumonías asociadas con la ventilación mecánica (VM) por 1000 días de VM en 2013.
- Bacteriemia Zero: finalizado en 2010 y mantenido como objetivo institucional de los hospitales, en 2013 se redujo hasta 1,6 la tasa media de bacteriemias por 1000 días de CVC.

En relación al Uso Seguro del Medicamento (USM), las principales actuaciones desarrolladas en la Consejería de Sanidad han sido impulsadas por la Subdirección de Compras y Productos Sanitarios y las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, que entre otras ha desarrollado programas con profesionales y pacientes. Entre ellas cabe destacar las presentadas en la siguiente tabla:

**Tabla 13. Actuaciones Uso Seguro del Medicamento (USM) en el Servicio Madrileño de Salud**

1. Fomento de la cultura de seguridad de medicamentos: cursos y jornadas de seguridad de medicamentos dirigidos a los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos, profesionales sanitarios en general y Red de Farmacias Centinela.
1. Programa de Notificación y Gestión de Errores de Medicación (EM) para las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos y la Red de Farmacias Centinela.
2. Objetivos institucionales de los centros sobre formación en seguridad de medicamentos, notificación de reacciones adversas y errores de medicación y con procedimientos (p. ej.: manejo de citostáticos, conciliación de la medicación, revisión de botiquines de urgencia).
3. Portal de Seguridad de Medicamentos y Productos Sanitarios accesible desde la intranet corporativa y desde internet: <http://seguridadmedicamento.salud.madrid.org/>,
4. Información sobre seguridad de medicamentos a población general (p.ej. documento "el Botiquín casero", creación de una Página dirigida a población general con información sobre medicamentos) y comunicación a profesionales y pacientes.
5. Programas de vigilancia activa para identificar pacientes tratados con medicamentos objeto de alertas de seguridad y comunicarlo a los profesionales sanitarios responsables.
6. Implementación del Programa de atención al mayor polimedicado para la mejora en la utilización de los medicamentos.

Tabla 13. Actuaciones Uso Seguro del Medicamento (USM)  
en el Servicio Madrileño de Salud

7. Sistema de información hospitalaria sobre dispensaciones a pacientes externos, alertas de seguridad, detectando interacciones de medicamentos, contraindicaciones y facilitando la retirada de medicamentos objeto de alerta por la Agencia Española del Medicamento.
8. Resoluciones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria:
  - Resolución Número 7/2009, por la que se establecen actuaciones para mejorar la seguridad en la administración de medicamentos y soporte nutricional en las unidades de pacientes críticos.
  - Resolución Número 14/2014, por la que se establecen las actuaciones para mejorar la seguridad en relación a la utilización de soluciones de gran volumen no adecuadas para administrar por vía intravenosa directa.
  - Resolución Número 90/2014, por la que se establecen las actuaciones para estandarizar el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos.

Para finalizar esta revisión de las principales actuaciones y resultados obtenidos por los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud en 2012 y 2013, mencionaremos como herramienta para el análisis e identificación de áreas de mejora en calidad y seguridad del paciente, el Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, disponible en el Portal Salud de la Comunidad de Madrid.

En el Observatorio de Resultados puede obtenerse información global y por centros de 23 indicadores de efectividad clínica y seguridad del paciente de atención primaria y 16 indicadores de hospitales, del período de 2010 a 2013. Los indicadores relacionados con la seguridad del paciente permiten conocer la evolución en atención primaria de aspectos como la conciliación de la medicación, la prevención de úlceras por presión o el control de los pacientes anticoagulados, entre otros, o en hospitales de las complicaciones, reingresos, enfermedad tromboembólica postquirúrgica, septicemia postquirúrgica y la infección relacionada con la atención sanitaria, tanto global como de procedimientos quirúrgicos específicos.

En resumen, desde que la Consejería de Sanidad elaboró su planteamiento institucional con el Plan de Gestión de Riesgos, continuado a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente, contando en todo su camino con el impulso del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, la seguridad del paciente se ha

consolidado como área de trabajo prioritaria en los centros asistenciales mediante el despliegue de los objetivos institucionales y proyectos institucionales, incluidas numerosas actividades formativas.

En este sentido, un elemento básico para su desarrollo ha sido la constitución y despliegue de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o estructuras similares como los comités de seguridad del paciente.

Además, en estos años, cabe destacar el avance en aspectos transversales como el impulso a la cultura de seguridad, la formación, la existencia de responsables de seguridad en los servicios o los sistemas de notificación de incidentes de seguridad, o en aspectos específicos como la identificación del paciente, la higiene de manos, el uso seguro de medicamentos, la infección relacionada con la asistencia sanitaria, la seguridad en cirugía, la seguridad en los cuidados. Por último, también es de señalar especialmente, la existencia de un número importante de profesionales sanitarios comprometidos con la mejora de la seguridad e implicados en el despliegue de las actuaciones en los centros asistenciales, tanto en atención primaria, como en atención especializada y en el SUMMA 112.

## ANÁLISIS EXTERNO

Fuera de la Comunidad de Madrid, las organizaciones autonómicas y nacionales competentes, así como multitud de organismos internacionales, tanto públicos como privados, han desarrollado en los últimos años numerosas iniciativas y proyectos relacionados con la seguridad del paciente, con la participación de profesionales, ciudadanos y pacientes, expertos y responsables gubernamentales. A continuación se presenta un breve repaso a estas iniciativas, desde el contexto local más cercano, al enfoque internacional.

### Actuaciones nacionales: Ministerio y Comunidades Autónomas

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), ha desarrollado desde el año 2005 la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, con seis objetivos específicos.

Uno de sus aspectos destacados ha sido la realización de estudios para conocer la magnitud de los eventos adversos en distintos escenarios. Entre ellos tenemos el estudio ENEAS en el año 2006 que estimó una incidencia del 9,3% de pacientes hospitalizados y el estudio APEAS con una prevalencia de 10,11% pacientes en atención primaria. Junto a ellos otras organizaciones también han desarrollado trabajos como son los relacionados con las urgencias, con una incidencia del 7,2% de pacientes con eventos adversos (EVADUR, 2010) o en Medicina Intensiva con una tasa de 2,04 eventos adversos por cada 100 pacientes x hora de estancia en UCI (SYREC, 2010).

El desarrollo de sus diferentes líneas se resume en la siguiente tabla:

Tabla 14. Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2005-2011	
Cultura de seguridad	Conferencias internacionales Página Web de seguridad del paciente Participación en foros nacionales e internacionales
Sistemas de información y notificación	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)
Prácticas seguras	Formación en seguridad del paciente, infecciones relacionadas con la atención sanitaria e higiene de manos Identificación inequívoca de pacientes Uso seguro del medicamento Úlceras por presión (UPP) y caídas Creación y desarrollo Unidades de Gestión de Riesgos Cirugía segura Red Ciudadana Proyectos de ámbito nacional: Programa de higiene de manos del SNS, Bacteriemia Zero y Neumonía Zero
Investigación en SP	Estudios ENEAS, APEAS, SYREC, EARCAS, Revisión de las prácticas seguras sencillas, IBEAS, Proyecto EUNetPAS, Revisiones sistemáticas de seguridad del paciente
Participación de los pacientes	Estudios cualitativos con pacientes, consumidores, asociaciones Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad Red ciudadana de formadores en SP
Participación de España en los foros internacionales sobre SP	OMS Unión Europea OCDE

Además, según datos del MSSSI en la mayoría de las Comunidades Autónomas están implantadas diferentes prácticas seguras como son: higiene de manos, identificación de pacientes, uso seguro de medicamentos de alto riesgo, úlceras por presión, prevención de caídas, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, cirugía segura, resistencias antimicrobianas y conciliación de la medicación.

Para el futuro, el Ministerio plantea la necesidad de seguir trabajando en el cambio de cultura en las organizaciones sanitarias y lograr que la gestión de los riesgos y las prácticas seguras se apliquen en todos los entornos sanitarios españoles, evaluar las acciones desarrolladas, así como promover los proyectos con las CCAA, sociedades científicas y otros organismos (nacionales e internacionales) que impulsen y evalúen prácticas clínicas seguras.

Otra actuación destacable impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde el año 2013 es el proyecto “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas” con el objetivo de disminuir las intervenciones que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad o no son coste-efectivas.

En la primera fase del proyecto, inspirado en experiencias internacionales similares como “Choosing Wisely” en EE UU y la desarrollada por el NICE en Reino Unido, se han hecho públicas en la Web del Ministerio recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica.

Por otra parte el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y el Ministerio han realizado en 2011 un estudio sobre la situación de 105 hospitales de todas las CCAA (26 del Servicio Madrileño de Salud) en materia de seguridad de medicamento, a partir del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales, comparando los resultados con los obtenidos en un estudio previo realizado en 2007:

- La valoración global media obtenida fue del 49,7%. El estudio evidencia un incremento de la implantación de prácticas seguras de medicamentos (10 puntos porcentuales), superior en los 20 criterios esenciales (13,3 puntos porcentuales) en los hospitales que habían evaluado en 2007, lo que respaldaría

la utilización del cuestionario de autoevaluación como herramienta proactiva de mejora de la seguridad de la utilización de los medicamentos.

- Se identificó un amplio margen de mejora, evidenciando que la mayoría de las prácticas se encuentran por debajo del 50% de la máxima puntuación posible y algunos elementos por debajo del 30% (p. e.: relacionados con etiquetado, soluciones IV, formación y acogida del personal y programas de calidad y gestión de riesgos).

Otras actuaciones destacadas del ISMP han sido la actualización en el año 2012 de la Lista de medicamentos de alto riesgo en hospitales (aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales) para promover su conocimiento, y en 2014, también con el Ministerio, la publicación del Informe del proyecto MARC: Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos.

A nivel de las Comunidades Autónomas, en prácticamente todas ellas es posible encontrar referencias a sus actuaciones en seguridad del paciente en los últimos años, tanto a nivel documental, como de publicaciones o en las propias Webs oficiales de los gobiernos regionales, los organismos con competencias en sanidad o los responsables de la gestión asistencial.

Algunas CCAA, entre las que cabe destacar Andalucía, País Vasco, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Valencia y Murcia, han elaborado planes específicos de actuación, en los que se recogen las líneas de trabajo en esta materia en los últimos años:

Tabla 15. Planes y estrategias de seguridad del paciente de las Comunidades Autónomas

Andalucía	Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA	2011-2014
Baleares	Plan IB Salud (Eje III calidad)	2020
Castilla La Mancha	Plan estratégico seguridad SESCO	2009-2012
Castilla León	Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente	2011-2015

Cataluña	Plan de salud. Estrategia de seguridad del paciente (Alianza seguridad pacientes en Cataluña)	2011-2015
Extremadura	Plan estratégico seguridad pacientes	2011-2016
Galicia	Estrategia SERGAS	2014
La Rioja	II Plan de salud.	2009-2013
Madrid	Estrategia seguridad paciente Servicio Madrileño de Salud	2010-2012
Murcia	Plan de acción para la mejora de la seguridad del paciente de la Región de Murcia.	2012-2016
Navarra	Plan de Salud de Navarra 2014-2020	2014-2020
País Vasco	Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza	2013-2016
Valencia	Plan de gestión de la seguridad del paciente	2009-2013
INGESA (Ceuta /Melilla)	Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud (Línea específica de seguridad del paciente )	2010
MSSSI	Plan de calidad del Sistema Nacional de Salud ( Línea específica de seguridad del paciente )	2010

### Actuaciones internacionales: organizaciones y países

En la Unión Europea (UE), en 2009 se publicó la Recomendación 2009/C 151/01 del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, que propuso crear un marco para estimular el desarrollo de políticas y las acciones futuras, en los Estados Miembros y entre ellos.

Se estructura en seis recomendaciones en seguridad del paciente (sobre políticas y programas, participación de los pacientes, sistemas de notificación, formación de los trabajadores sanitarios, terminología y evaluación, intercambio e investigación) y dos recomendaciones adicionales sobre las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (implantación de medidas y uso de antimicrobianos).

La Comisión ha presentado dos informes al Consejo sobre la implementación de la Recomendación, en los que evalúa el grado de implantación para los Estados Miembros

y para el conjunto de la UE. El primer informe (2012) reveló avances satisfactorios en políticas y programas nacionales y señaló la formación del personal sanitario, la capacitación de los pacientes y el aprendizaje a partir de los errores como ámbitos de mejora. En la tabla 16 se resumen la Recomendación de 2009 y las conclusiones del segundo informe publicado en el año 2014:

Tabla 16. Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) (2009/C 151/01)		
Recomendación 2009 del Consejo		Segundo informe 2014
SP	1. Políticas y programas nacionales	Designación de responsables de la SP; prioridad a la seguridad del paciente en políticas sanitarias y programas; desarrollo de sistemas, procesos y herramientas seguros, uso de las TIC; impulso a las prácticas seguras (medicación, infecciones relacionadas con la atención sanitaria y complicaciones quirúrgicas); participación activa de organizaciones de profesionales sanitarios
	2. Capacitar e informar a ciudadanos y pacientes	Implicando e informando a los pacientes, organizaciones y representantes; transmitir a los pacientes competencias básicas en seguridad del paciente
	3. Sistemas de información y aprendizaje	Promoviendo sistemas de notificación en un entorno abierto, justo y sin sanciones; que los pacientes puedan comunicar sus experiencias
	4. Educación y formación en SP	Formación multidisciplinar de profesionales del entorno sanitario; desarrollo de competencias básicas en SP; colaborando con las organizaciones de formación profesional
	5. Clasificar y medir la seguridad del paciente	Definiciones y terminología comunes; existencia de indicadores fiables y comparables y compartir la información y el aprendizaje
	6. Compartir conocimientos, experiencia y buenas prácticas	Programas, estructuras y políticas eficaces y transparentes de SP, sistemas de aprendizaje y de notificación y alertas
	7. Investigación en SP	
		<p>Potenciar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminología, indicadores e investigación comunes sobre seguridad del paciente</li> <li>• Intercambio de buenas prácticas y soluciones eficaces</li> <li>• Informar a los pacientes sobre la calidad asistencial</li> <li>• Modelo y normas de la UE sobre seguridad del paciente</li> <li>• Indemnizaciones</li> <li>• Formación para pacientes, familias y cuidadores no profesionales</li> <li>• Notificación de incidentes de seguridad</li> </ul>



Tabla 16. Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) (2009/C 151/01)

Recomendación 2009 del Consejo		Segundo informe 2014
IRAS	8. IRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar vigilancia de sitio quirúrgico, UCIs, residencias con atención médica y centros de asistencia prolongada</li> <li>• Mejorar la determinación sistemática de IRAS, refuerzo de las capacidades de diagnóstico en los centros asistenciales</li> </ul>
	9. Uso de antimicrobianos	

En el período 2012 a 2014, la Comisión Europea ha impulsado la Red de colaboración en Seguridad del Paciente y Calidad (*European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ*), para establecer y compartir Prácticas Clínicas Seguras.

El proyecto aborda la implementación de cuatro prácticas: conciliación de la medicación, escalas de alerta temprana en pediatría (*Paediatric Early Warning Scores, PEWS*), checklist de seguridad en cirugía e intervención multimodal para incrementar el cumplimiento de la higiene de manos. Actualmente está en desarrollo la evaluación de los resultados.

También en el ámbito de la UE, cabe mencionar el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, sobre asistencia sanitaria transfronteriza, que transpone la Directiva 2011/24/UE, como norma europea que incide sobre la seguridad del paciente al clarificar el derecho de los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria en otro Estado Miembro, pudiendo elegir prestador de servicios sanitarios en otro país y tener acceso a información sobre la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria que reciban.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), contando con el antecedente de la Resolución de la “Calidad de la atención: seguridad del paciente” en 2002 (WHA55.18), que urge a los estados miembros a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente y establecer y fortalecer los sistemas científicos para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, estableció en 2004 una Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, con seis áreas de actuación:

1. Infección asociada a la atención sanitaria
2. Participación del paciente y consumidor
3. Desarrollo taxonómico de la seguridad del paciente
4. Investigación en el campo de seguridad del paciente
5. Soluciones para reducir los riesgos de la atención sanitaria y mejorar su seguridad
6. Comunicando y aprendiendo a mejorar la seguridad del paciente

Adicionalmente, también estableció la formulación de retos mundiales como objetivos prioritarios en seguridad del paciente con los siguientes objetivos:

- Mejorar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, con el lema: “Una atención limpia es una atención segura” (*Clean Care is a Safer Care*).
- Mejorar las prácticas quirúrgicas, con el lema: “La cirugía segura salva vidas” (*Safe Surgery Saves Lives*).
- El *Plan de acción mundial contra la resistencia a los antimicrobianos (RAM)*, se presentará en el año 2015 al Consejo Ejecutivo y a la 68ª Asamblea Mundial de la Salud.

Por otra parte, desde el año 2007, la OMS junto con *The Joint Commission* ha desarrollado soluciones para mejorar la seguridad del paciente en:

- Medicamentos (control de las soluciones concentradas de electrolitos; medicamentos de aspecto o nombre parecido)
- Prevención de la infección (higiene de manos; usar una sola vez los dispositivos de inyección)
- Procedimientos (procedimiento correcto en el lugar correcto; evitar los errores de conexión de catéteres y tubos)
- Otros de carácter más general (identificación de pacientes; comunicación).

En los últimos años, la OMS ha seguido impulsando proyectos relacionados con la mejora de la seguridad del paciente, entre los que cabe destacar:

- Los programas de *higiene de manos* y la *cirugía segura*, ya mencionados, cuentan con multitud de documentos técnicos, materiales de difusión e implantación y publicaciones.
- PROHIBIT (*Prevention of Hospital Infections by Intervention & Training*) de 2010 a 2104, para mejorar el conocimiento de las variaciones en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Europa.
- La lista de comprobación del proceso de transfusión clínica en 2010.
- “The High 5s Project” ha desarrollado acciones sobre la adecuación de la medicación en las transiciones asistenciales y procedimiento correcto en el lugar correcto en cirugía, con un impacto significativo en los hospitales participantes.
- Guías dirigidas a los formadores para orientar la formación de diferentes profesionales y el entrenamiento en investigación en seguridad del paciente, desarrolladas en 2011 y 2012.
- Constitución de un grupo de trabajo de expertos para una Atención Primaria más Segura en 2012, y el informe “*Safer Primary Care. A Global Challenge*”, sobre seguridad del paciente en atención primaria.
- Aspectos éticos en la investigación en seguridad del paciente a través de la publicación en 2013 de “*Ethical issues in patient safety research. Interpreting existing guidance*”.
- La iniciativa Pacientes en defensa de su seguridad (PDS): participación a través de una red internacional de pacientes, usuarios, cuidadores y organizaciones de consumidores.

Junto con la OMS, otras organizaciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) también han desarrollado actuaciones. En su caso es de destacar el trabajo en relación con los indicadores de seguridad diferenciado los relacionados con eventos adversos (por ejemplo sepsis postoperatoria) o con incidentes centinela (por ejemplo cuerpos extraños quirúrgicos).

A nivel de países europeos, en el Reino Unido, el *National Health Service* (NHS) desarrolló de 2001 a 2012 a través de la *National Patient Safety Agency* (NPSA) la

función de recoger y analizar información de incidentes en relación con la seguridad del paciente y buscar soluciones para prevenir los riesgos detectados.

En junio de 2012 sus funciones fueron transferidas al NHS *Commissioning Board Special Health Authority*, que se apoya en el *National Reporting and Learning System* (sistema integral de información de seguridad del paciente), cuyos datos desagregados por centros asistenciales se publican trimestralmente en internet (datos disponibles desde 2003).

En su Plan Estratégico 2014-17, el NHS establece 31 áreas de actuación estructuradas para el presente, el futuro y el desarrollo de la organización. Una de las áreas priorizadas es la seguridad del paciente, cuyos objetivos se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 17. Plan Estratégico 2014-2017 del NHS

1. Mejorar el conocimiento de los errores (notificación, alertas y revisión de casos).
2. Incorporar mejoras en SP, con la participación de los pacientes y potenciando la investigación.
3. Abordar las actuaciones prioritarias en seguridad del paciente sobre: úlceras por presión, errores de medicación y dispositivos, tromboembolismo venoso, errores en la monitorización de niños, ingresos neonatales, Infecciones relacionadas con la atención sanitaria, transiciones, deterioro, resistencia antimicrobiana, muertes y contención física en situaciones de custodia, fallo renal agudo, sepsis, alta, caídas, nutrición e hidratación, ancianos, salud mental, discapacidades de aprendizaje, atención primaria (incrementar la notificación de los médicos) y eventos que nunca deben suceder ("never events").
4. Actualización continua en internet y análisis de la información del National Patient Safety Alerting System (NaPSAS).
5. Revisión de los incidentes con daño grave o muerte.
6. Garantizar las funciones del NHS sobre custodia de niños, jóvenes y adultos vulnerables.

En el ámbito internacional, en los últimos años ha adquirido relevancia el concepto de práctica segura (PS) como un conjunto de recomendaciones desarrolladas a partir de la evidencia científica disponible, que han demostrado algún grado de efectividad en la prevención de eventos adversos y sus consecuencias.

Así, en 2010, el National Quality Forum publicó "*Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update. Endorsed Set of 34 Safe Practices*", con 34 prácticas en siete áreas para la mejora de la seguridad del paciente:

Tabla 18. Prácticas seguras NQF 2010

1. Creación y mantenimiento de una cultura de Prácticas Seguras
2. Consentimiento informado, Tratamiento de soporte vital, Comunicación Abierta y Atención del Cuidador
3. Equiparar las necesidades en Salud con la capacidad de prestación del servicio
4. Transferencia de información y comunicación clara
5. Gestión de medicamentos
6. Prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria
7. Identificación del paciente, procedimiento y lugar/lado correcto

En 2013 la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de EEUU, publicó el informe "*Making Health Care Safer II - An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices*", con diez prácticas altamente recomendadas ("strongly encouraged").

Tabla 19. Diez Prácticas altamente recomendadas. AHRQ. 2013

1. Listas de Verificación Quirúrgica (LVQ) y listas de comprobación de anestesia.
2. Paquetes de medidas (Bundles) para prevenir bacteriemia asociada a vía central.
3. Intervenciones para reducir el uso de sonda urinaria.
4. Paquetes de medidas para prevenir la neumonía asociada a la ventilación.
5. Higiene de manos.
6. Lista de abreviaturas peligrosas, para "No Utilizar".
7. Múltiples intervenciones para reducir las úlceras por presión.
8. Precauciones de barrera para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
9. El uso de la ecografía para la colocación de vía central.
10. Medidas para mejorar la profilaxis de tromboembolismo venoso.

Adicionalmente, se consideran otras 12 prácticas seguras recomendadas, relacionadas con: la prevención de caídas, consulta a farmacólogos clínicos o farmacéuticos, tratamiento de soporte vital, consentimiento informado, formación del equipo, conciliación de la medicación, exposición a la radiación de fluoroscopia y tomografía computarizada, evaluación del resultado quirúrgico, sistemas de respuesta rápida, utilización de métodos complementarios para la detección de efectos adversos/errores, sistemas informatizados de órdenes clínicas y soporte a las decisiones clínicas y ejercicios de simulación en las estrategias de seguridad del paciente.

En 2014, The Joint Commission ha publicado objetivos nacionales en seguridad del paciente, referidos a nueve ámbitos asistenciales: atención sanitaria ambulatoria, salud mental, atención al paciente crítico, residencias, hospital, servicios de laboratorio, cuidados en centros de larga estancia, centros de cuidados y cirugía ambulatoria.

Tabla 20. Objetivos Nacionales en SP. The Joint Commission. 2014

- Identificación de los pacientes
- Comunicación entre los profesionales
- Uso de medicamentos
- Conciliación de la medicación
- Daño asociado a los sistemas clínicos de alarma
- Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
- Riesgo de daño por caídas, la identificación de riesgos para la seguridad de sus pacientes
- Prevención de las Úlceras por presión
- Prevención de procedimiento incorrecto y sitio incorrecto

En Canadá, Accreditation Canada, organismo independiente que desarrolla estándares y programas de acreditación para las organizaciones y centros sanitarios publicó la "Estrategia de Seguridad del Paciente Fase 3: Acciones clave para una visión renovada de la seguridad en 2014", con nueve líneas estratégicas sobre: cultura, prácticas institucionales obligatorias (*Required Organizational Practices, RPOs*), evaluación y sistemas de información, formación e investigación, producción de información válida y su accesibilidad, colaboración con instituciones nacionales que trabajan en

seguridad y calidad, uso de una terminología adecuada y participación en las redes internacionales sobre seguridad del paciente.

Igualmente destacable es el enfoque estratégico impulsado en Canadá por el Canadian Patient Safety Institute (CPSI) y las RPOs como estándares de acreditación. Una ROP es una práctica esencial que las organizaciones deben desplegar para mejorar la seguridad del paciente y minimizar los riesgos.

**Tabla 21. Required Organizational Practices (ROPs). Canadian Patient Safety Institute (CPSI). 2014**

Las ROPs están estructuradas en seis áreas de seguridad del paciente:

**Cultura de Seguridad:** Crear una cultura de seguridad en la organización:

- Información y notificación de eventos adversos
- Informes trimestrales de seguridad
- Análisis prospectivos de seguridad.

**Comunicación:** Mejorar la efectividad y coordinación de la comunicación entre profesionales sanitarios y los destinatarios del cuidado a través del continuo asistencial

- Papel del cliente y su familia
- Abreviaturas peligrosas
- Transferencia de información
- Conciliación de la medicación en diferentes contextos
- Checklist de cirugía segura, identificación doble de los clientes

**Uso de medicamentos:** Asegurar el uso seguro de medicamentos

- Antibióticos
- Concentrados de electrolitos
- Heparina
- Medicamentos de alto riesgo
- Bombas de infusión
- Concentrados medicamentosos
- Psicótrópos

**Ámbito laboral y trabajadores:** Entorno y ambiente de trabajo que contribuyan a proporcionar una asistencia sanitaria segura

- Programa de mantenimiento preventivo
- Prevención de la violencia en el ámbito laboral

**Control de la infección:** Reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y su impacto

- Higiene de manos
- Vigilancia
- Vacuna neumocócica
- Esterilización

**Evaluación de riesgos:** Identificar riesgos de seguridad inherentes a la población atendida

- Caídas
- Riesgos en el domicilio
- Úlceras por presión
- Cuidado de la piel y heridas
- Prevención del suicidio
- Profilaxis del tromboembolismo venoso profundo.

Otra línea de trabajo desarrollada desde múltiples iniciativas ha sido la definición y monitorización de Eventos Centinela, Serious Reportable Events y Never Events, que conllevan la investigación en profundidad de los incidentes y la implementación inmediata de las recomendaciones derivadas.

En el caso del NHS las estadísticas sobre los "Never Events", así como los informes periódicos sobre seguridad del paciente, con datos desagregados por centro sanitario, se publican en internet. A continuación presentamos un listado de estos eventos que no deberían ocurrir:

Tabla 22. Never Events (Eventos que nunca deben suceder)

**Cirugía:**

- Cirugía en sitio equivocado
- Implante/prótesis equivocado
- Olvido de material quirúrgico tras cirugía

**Medicación:**

- Error preparación medicación inyectable de alto riesgo
- Error en la administración de medicación con potasio
- Error de vía de administración de quimioterapia
- Error de vía de administración de tratamiento oral/enteral
- Administración intravenosa de medicación epidural
- Error en la administración de Insulina
- Sobredosis de midazolam en la sedación
- Sobredosis de opiáceos en paciente sin antecedentes
- Error en administración de metotrexate oral diario

**Salud Mental:**

- Suicidio mediante barras no colapsables
- Fuga de presos transferidos

**Cuidados:**

- Caídas desde ventanas no clausuradas por seguridad
- Atrapamiento por barandillas
- Transfusión ABO incompatible de sangre o derivados
- Trasplante de órganos ABO incompatibles por error
- Error de implantación de sonda oro o nasogástrica (a vía aérea)
- Error de tipo de gas administrado
- Error de monitorización y respuesta a la saturación de oxígeno
- Embolismo aéreo
- Error de identificación del paciente
- Quemaduras graves del paciente

**Maternidad:**

- Muerte materna por hemorragia postparto tras cesárea programada



El *Institute for Health Improvement* (IHI) es un organismo independiente sin ánimo de lucro, con sede en USA, que trabaja para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Entre las iniciativas que ha desarrollado para impulsar la seguridad en las organizaciones sanitarias, destacamos “Salvar 100.000 vidas”, establecida en los años 2005-2006, que promovía cambios para reducir daños en los pacientes en relación con la existencia de equipos de respuesta rápida, el infarto agudo de miocardio, las interacciones medicamentosas, las infecciones perioperatorias, la ventilación asistida y la infección de catéteres centrales.

Posteriormente, de 2006 a 2008, desarrolló “Salvar 5 Millones de vidas”, con seis medidas adicionales para proteger a los pacientes de 5 millones de incidentes que se producirían en los hospitales, en relación con la medicación de riesgo, las complicaciones quirúrgicas, las úlceras por presión, la infección por estafilococo áureo meticilin-resistente, la insuficiencia cardíaca congestiva y la implicación de los equipos directivos. A continuación resumimos las dos iniciativas:

Tabla 23. Iniciativas del IHI

**Salvar 100.000 vidas (2005-2006)**

- Equipos de Respuesta Rápida para mejorar la rapidez de intervención ante signos precoces de deterioro de los pacientes ingresados
- Prevención de muerte por infarto agudo de miocardio, mediante tratamientos basados en la evidencia
- Prevención de eventos adversos por medicamentos mediante conciliación de la medicación
- Prevención de las infecciones asociadas al uso de catéter venoso central, mediante un conjunto de medidas de asepsia y control del mismo
- Prevención de infecciones del sitio quirúrgico mediante una correcta profilaxis antibiótica perioperatoria con el antibiótico correcto durante el tiempo apropiado
- Prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica, mediante la aplicación de un conjunto de medidas de efectividad demostrada

**Salvar 5 Millones de vidas (2006-2008)**

- Prevención de las úlceras por presión mediante la aplicación de guías basadas en la evidencia
- Reducción de las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente (MRSA) mediante la implantación de procedimientos de control de la infección en el hospital
- Prevención de los daños por medicamentos de alto riesgo, comenzando por los anticoagulantes, sedantes narcóticos e insulina
- Reducción de las complicaciones quirúrgicas mediante las recomendaciones del “Surgical Care Improvement Project” (SCIP)
- Disminución de los reingresos por Insuficiencia Cardíaca Congestiva mediante un manejo adecuado, basado en la evidencia
- Implicación de los directivos mediante procesos que contribuyan a agilizar la incorporación de mejoras en la atención

En 2009 el *Institute for Health Improvement (IHI)* elaboró una herramienta denominada *IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (IGTT)*, diseñada para optimizar la evaluación sistemática de historias clínicas en busca de eventos adversos.

El IGTT consiste en la revisión retrospectiva de una muestra aleatoria mínima de historias clínicas, en busca de alertas (triggers) de posibles eventos adversos, con el enfoque de monitorización mediante muestreo. Incluye 53 alertas, estructuradas en seis **módulos**: Dos módulos generales (hospitalización 15 alertas y medicamentos 13 alertas), que aplican a todas las historias clínicas en revisión y cuatro módulos específicos para determinadas unidades (cirugía, 11 alertas; cuidados intensivos 4 alertas; atención perinatal 8 alertas y urgencias, 2 alertas), que sólo se aplican a los pacientes que hayan estado ingresados en ellas:

Tabla 24. Listado de alertas IHI Trigger Tool

Tabla 24. Listado de alertas IHI Trigger Tool	
<p><b>Alertas en Hospitalización</b></p> <p>C1–Transfusión de sangre o derivados                      C2–Parada cardiorrespiratoria o activación del equipo de respuesta rápida                      C3–Diálisis urgente                      C4–Hemocultivo positivo                      C5–Estudio radiológico o doppler de Embolia o trombosis venosa profunda                      C6–Descenso del 25% o superior en la Hemoglobina o el hematocrito                      C7–Caída                      C8–Úlceras por presión                      C9–Readmisión en 30 días                      C10–Uso de contención física/farmacológica                      C11–Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria                      C12–Accidente cerebrovascular durante el ingreso                      C13–Traslado a un nivel superior de cuidado                      C14–Cualquier complicación de un procedimiento                      C15–Otros</p> <p><b>Alertas de medicación</b></p> <p>M1–Coprocultivo positivo a Clostridium difficile                      M2–Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) &gt; 100 Seg                      M3–Cociente Internacional Normalizado (International Normalized Ratio-INR) &gt; 6                      M4–Glucosa &lt; 50 mg/dl                      M5–Duplicación de los niveles basales del Nitrógeno uréico en sangre (Blood urea nitrogen, BUN) o de la Creatinina sérica                      M6–Administración de Vitamina K                      M7–Administración de Difenhidramina (Benadryl)                      M8–Administración de Romazicon (Flumazenil)                      M9–Administración de Naloxona                      M10–Administración de Antieméticos                      M11–Sedación excesiva/Hipotensión                      M12–Interrupción brusca del tratamiento farmacológico                      M13–Otros EA relacionados con medicación no incluido en los anteriores</p>	<p><b>Alertas quirúrgicas</b></p> <p>S1–Reintervención                      S2–Cambio de procedimiento                      S3–Ingreso en cuidados intensivos tras cirugía                      S4–Intubación o reintubación o uso de BiPap en la Unidad de atención post-anestesia                      S5–Radiología intraoperatoria o en la Unidad de atención post-anestesia                      S6–Muerte intra o postoperatoria                      S7–Ventilación mecánica poscirugía &gt; 24h                      S8–Administración intraoperatoria de epinefrina, norepinefrina, naloxona o Romazicon                      S9–Incremento posoperatorio de los niveles de Troponina &gt; 1,5 nanogramos/ml                      S10–Lesión, reparación o extracción de un órgano durante el procedimiento quirúrgico                      S11–Aparición de cualquier complicación quirúrgica</p> <p><b>Alertas en Cuidados Intensivos</b></p> <p>I1–Aparición de neumonía                      I2–Reingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos                      I3–Intervención durante el ingreso                      I4–Intubación/Reintubación</p> <p><b>Alertas en la Atención Perinatales</b></p> <p>P1–Uso de Terbutalina                      P2–Laceraciones de 3º o 4º grado                      P3–Plaquetas &lt; 50.000                      P4–Pérdida de sangre estimada en más de 500 ml en parto vaginal o 1l en cesárea                      P5–Consulta a un especialista                      P6–Administración de agentes oxitócicos en el posparto (como oxitocina, metilergonovina y 15-metil-prostaglandina)                      P7–Parto instrumentado                      P8–Administración de Anestesia General</p> <p><b>Alertas en el Servicio de Urgencias</b></p> <p>E1–Reingreso en urgencias en 48h                      E2–Estancia en urgencias de más de 6h</p>

En resumen, la seguridad del paciente se ha consolidado como área prioritaria de actuación tanto en nuestro país, cómo en los países de nuestro entorno y en las organizaciones sanitarias. En estos años junto con la puesta en marcha de diversas acciones como alianzas, objetivos, retos o recomendaciones, se ha logrado un impulso generalizado en el diseño, implantación, análisis y evaluación de prácticas seguras cuyo objetivo es minimizar el riesgo asociado a la asistencia sanitaria e impulsar la mejora de la seguridad de los procedimientos y las instituciones, apoyándose en el aprendizaje, la evidencia científica y el compromiso de los profesionales.





# MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

# Misión, visión y valores

## 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.

## VISIÓN

Alcanzar una organización excelente en seguridad del paciente, que sea un referente para el resto de servicios sanitarios y que satisfaga las expectativas de los pacientes, los profesionales y la sociedad.

## VALORES

- **Compromiso con el paciente:**

Trabajamos para el paciente, promovemos su participación en su seguridad, y nos orientamos a su proceso asistencial y a sus necesidades.

- **Responsabilidad con la sociedad:**

Gestionamos y mejoramos con honestidad y transparencia el impacto de nuestra actividad en el conjunto de la sociedad.

- **Apoyo, colaboración y participación:**

Impulsamos el apoyo, la cooperación y coordinación con y entre profesionales, la colaboración interinstitucional, la participación de los agentes de la sociedad, y la implicación de las personas de la organización.

- **Conocimiento e innovación:**

Tenemos la responsabilidad de gestionar el conocimiento disponible, impulsar la generación de nuevo conocimiento y difundirlo a nuestros profesionales y a la sociedad en general.

- **Eficiencia:**

Nuestro deber es utilizar los recursos disponibles de forma racional y coste-efectiva y buscar formas orientadas al logro de mayores niveles de eficiencia garantizando los niveles de seguridad requeridos.



# ENFOQUE ESTRATÉGICO

Cómo hemos señalado en el apartado sobre metodología, con los resultados del análisis de situación y teniendo en cuenta la misión, visión y valores se han identificado las Debilidades y Fortalezas a nivel interno y las Oportunidades y Amenazas externas a nuestra organización.

En la siguiente tabla se recogen cada uno de estos apartados:

Tabla 25. Análisis DAFO.  
Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud.

<b>FORTALEZAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El despliegue de la estrategia de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.</li> <li>• El apoyo institucional a través de la implantación de objetivos en seguridad del paciente con carácter anual.</li> <li>• La implantación y consolidación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos.</li> <li>• El incremento de la sensibilización y la cultura en seguridad del paciente en el ámbito asistencial.</li> <li>• El portal de seguridad en la intranet, con espacio propio para las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos.</li> <li>• La existencia de sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en los centros sanitarios y el sistema único implantado en Atención Primaria.</li> <li>• La alineación de la estrategia de higiene de manos del Servicio Madrileño de Salud con la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud.</li> <li>• La coordinación institucional con otras unidades y servicios en la vigilancia y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria.</li> <li>• El seguimiento de indicadores y resultados sobre seguridad y efectividad clínica por centro, y por profesional y paciente en atención primaria.</li> </ul>
-------------------	--

## Enfoque estratégico



Tabla 25. Análisis DAFO.  
Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud.

## DEBILIDADES

- El despliegue sistemático cultura de seguridad en el conjunto de la organización.
- El liderazgo y la implicación de los directivos y profesionales asistenciales en el desarrollo de la cultura de la SP.
- La participación de los pacientes en las actuaciones para la mejora de la seguridad.
- El conocimiento de las actuaciones en seguridad del paciente desarrolladas en los centros sanitarios por los directivos y el conjunto de los profesionales asistenciales.
- El desarrollo de las prácticas clínicas seguras avaladas por la evidencia científica.
- La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el impulso de la seguridad del paciente.
- La incidencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
- El cumplimiento efectivo de las recomendaciones sobre la higiene de manos en los centros sanitarios.
- Un sistema de notificación de incidentes unificado para los diferentes niveles asistenciales.
- El desarrollo de acciones específicas de atención y apoyo a los profesionales como segundas víctimas en el ámbito de la SP.
- El despliegue de la formación e investigación sobre gestión de riesgos en el ámbito asistencial.
- La continuidad asistencial como estrategia de coordinación entre niveles asistenciales en el ámbito de la SP.

Tabla 25. Análisis DAFO.  
Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Servicio Madrileño de Salud.

OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El creciente interés en seguridad del paciente como dimensión de la calidad en el ámbito científico técnico y profesional.</li> <li>• Las experiencias internacionales orientadas a la promoción y desarrollo de la implicación del paciente y la familia en su seguridad.</li> <li>• La utilización del trabajo colaborativo en red con organismos nacionales e internacionales sobre SP.</li> <li>• La coordinación socio-sanitaria y entre niveles asistenciales en proyectos compartidos en SP.</li> <li>• La publicación de la evidencia científica en prácticas clínicas seguras por los organismos de referencia a nivel internacional.</li> <li>• La financiación de líneas de investigación en seguridad del paciente promovidas por otros agentes diferentes de la administración sanitaria.</li> <li>• El avance en el campo de la innovación tecnológica sobre SP.</li> <li>• El desarrollo de las tecnologías de la información como la historia clínica electrónica.</li> <li>• El acceso y uso de la información sobre la cultura de seguridad en diferentes soportes de red orientados al desarrollo profesional continuo.</li> <li>• La cultura de transparencia en la difusión y divulgación de la SP.</li> <li>• La aplicación de las recomendaciones sobre la identificación y no realización de las potenciales intervenciones sanitarias innecesarias, inefectivas e inseguras, mejorando la variabilidad de la práctica clínica.</li> <li>• El despliegue de acciones estratégicas sobre áreas clave de atención sanitaria en función de la gravedad y las necesidades del paciente (p.ej.: la atención al paciente con enfermedad crónica o calidad de los cuidados).</li> </ul>
AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación de recursos económicos en seguridad del paciente desde organismos financiadores y entidades relevantes en este campo.</li> <li>• El impacto de la situación económica en el impulso de la Investigación y Desarrollo (I+D) en seguridad del paciente.</li> <li>• Los cambios estructurales en los recursos humanos no previstos que requieran una formación y capacitación del personal en seguridad del paciente de forma eficaz.</li> <li>• El desarrollo de la tecnología y las intervenciones sanitarias de complejidad creciente.</li> <li>• La repercusión mediática de los eventos adversos graves.</li> <li>• La capacidad de respuesta del profesional y del sistema sanitario a los avances tecnológicos y científicos en SP.</li> <li>• La judicialización de la asistencia con un marco legal limitado para la mejora de la SP.</li> <li>• El incremento de la complejidad clínica de los pacientes y su impacto en la seguridad.</li> </ul>

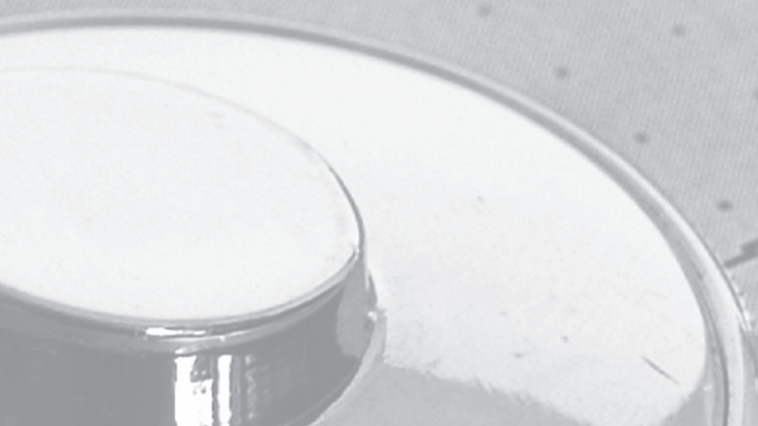
Una vez identificados cada de uno de los cuadrantes del análisis DAFO, se elaboró y posteriormente se revisó y refrendó con los integrantes de los diferentes grupos de trabajo su correlación con el análisis CAME para establecer las diferentes estrategias a desarrollar en los próximos años con el objetivo de alcanzar nuestra visión.

De acuerdo a la estructuración del análisis DAFO-CAME estas estrategias se refieren a poder Corregir (estrategias de supervivencia), Afrontar (estrategias defensivas), Modificar (estrategias de reorientación) y Emprender (estrategias ofensivas). Todas ellas se presentan en la siguiente figura:



Figura 5. Análisis DAFO-CAME

# LÍNEAS ESTRATÉGICAS



Para desarrollar de forma operativa estas estrategias, y teniendo como base las cuatro perspectivas modificadas del Cuadro de mando integral (Organización, Agentes/ Grupos de interés, Procesos internos y Aprendizaje y futuro) se han establecido 12 líneas, una de las cuales dedicada a prácticas seguras, se ha subdividido en otros 12 apartados, según se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 26. Líneas estratégicas

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

## LÍNEA ESTRATÉGICA 1 CONSOLIDAR LA CULTURA

### Introducción

El término de cultura en una organización se entiende como la combinación de creencias, valores, competencias y normas que comparten sus miembros y que se expresa mediante sus actitudes, costumbres y comportamientos. Con ello la cultura de seguridad sería el conjunto de dichos atributos que determina el compromiso, modelo y competencia de la gestión de la seguridad en la organización, dirigida a conseguir una asistencia sanitaria libre de riesgos y daños innecesarios para los pacientes.

Promoverla significa construir un entorno “inteligente” que facilite la aplicación de la atención sanitaria de una manera más segura. Las organizaciones sanitarias tienen que ser capaces de dar respuesta y gestionar adecuadamente los riesgos que aparecen en ellas, promoviendo el desarrollo de este entorno inteligente e impulsando la participación y aprendizaje de los profesionales.

La cultura de seguridad no se crea y consolida rápidamente, ya que requiere un amplio margen de tiempo para alcanzar su aplicación sostenida y continuada a lo largo de los años. No en vano supone un cambio muy importante en la manera de afrontar los errores y los daños no deseados que una medicina cada vez más compleja e invasiva a veces comporta.

Este cambio lo deben protagonizar todos los profesionales que trabajan en sanidad, incorporando una evolución positiva en su actitud y en sus procedimientos en favor de la seguridad de pacientes, ya que el beneficio del cambio repercute en la salud de los pacientes.

El Servicio Madrileño de Salud lleva varios años trabajando para sentar las bases para el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente proactiva basada en el aprendizaje y la mejora continua dentro de la organización, debiendo fortalecerse a lo largo de los próximos años.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### Objetivo Estratégico 1.1:

#### Liderar el desarrollo y consolidación de la cultura de seguridad

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.1. Elaborar y difundir la política de seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- 1.1.2. Incluir objetivos de seguridad del paciente en los objetivos institucionales del Servicio Madrileño de Salud.
- 1.1.3. Realizar rondas de seguridad periódicas con líderes directivos y/o clínicos.
- 1.1.4. Desarrollar actividades de formación en seguridad del paciente dirigidas a líderes clínicos y gestores.
- 1.1.5. Realizar mediciones periódicas de la cultura de seguridad.
- 1.1.6. Promover la adhesión a iniciativas nacionales e internacionales relacionadas con la seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.2:

#### Facilitar el acceso a información relevante sobre seguridad del paciente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.1. Comunicar periódicamente a la organización el desarrollo de la estrategia.
- 1.2.2. Impulsar la inclusión de información sobre seguridad del paciente en la intranet corporativa.
- 1.2.3. Fomentar la difusión de noticias y novedades.
- 1.2.4. Facilitar a los profesionales información periódica sobre los resultados de los indicadores y los logros obtenidos.

### Objetivo Estratégico 1.3:

#### Identificar y difundir buenas prácticas para mejorar la seguridad del paciente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.3.1. Elaborar un modelo de ficha para recoger las buenas prácticas.

1.3.2. Crear un banco de buenas prácticas.

1.3.3. Elaborar y divulgar actualizaciones bibliográficas periódicas sobre buenas prácticas.

#### **Objetivo Estratégico 1.4:**

#### **Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.4.1. Realizar jornadas sobre actuaciones de mejora de seguridad del paciente.

1.4.2. Establecer reconocimientos públicos de las actividades destacadas para mejorar la seguridad del paciente.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 2: DESPLIEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ORGANIZACIÓN

### Introducción

Una organización segura es aquella que logra extender este enfoque a todos sus centros, unidades y servicios, así como a los diversos profesionales que la conforman. El liderazgo es un aspecto fundamental, debiendo mostrar el compromiso, fomentar la transparencia, estimular la confianza y reconocer los logros.

Con la creación del Observatorio regional de riesgos sanitarios a nivel institucional y de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en las gerencias y direcciones asistenciales, se dio el primer paso en nuestra organización para comenzar a desplegar una estrategia en seguridad clínica institucional.

Las unidades funcionales son el eje sobre el que pivotan los objetivos generales del centro en materia de seguridad clínica y gestión del riesgo sanitario, mientras que el establecer responsables de seguridad por áreas, servicios o unidades y centros de salud debe permitir una integración más efectiva para conseguir alinearse con la estrategia corporativa.

Cada centro ha ido desarrollando sus actuaciones de forma creciente y el nivel de aplicación de los mismos es diverso y con distinto grado de madurez. Por ello los retos y desafíos de los diferentes centros, precisan de una convergencia en los aspectos básicos y un progresivo avance hacia la excelencia.

Para ello, 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 este sentido, deben poseer la capacidad de adaptarse a los cambios y situaciones conflictivas y de aprender de éstas, aprovechándolas como camino hacia el progreso, siendo flexibles y permitiendo la implicación de todos sus profesionales en las soluciones adoptadas.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 2.1:**  
**Promover el compromiso por la seguridad de la organización**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.1. Promover el desarrollo y las actuaciones del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.
- 2.1.2. Exponer el compromiso institucional por la seguridad del paciente haciendo pública una política de seguridad "no punitiva".
- 2.1.3. Consolidar y promover proyectos institucionales (por ejemplo identificación segura de pacientes o higiene de manos).

**Objetivo Estratégico 2.2:**  
**Gestionar el riesgo en los centros y servicios sanitarios**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.1. Promover la elaboración de mapas de riesgo en los centros, comenzando por servicios críticos como cuidados intensivos y urgencias.
- 2.2.2. Desarrollar e implantar sistemas de notificación de incidentes de seguridad homogéneos.
- 2.2.3. Elaborar herramientas de ayuda a la gestión de los incidentes que faciliten la identificación de sus causas y la implicación de los profesionales.
- 2.2.4. Desarrollar herramientas para el seguimiento de la efectividad y eficiencia de las acciones de mejora.

### Objetivo estratégico 2.3:

#### Promover el despliegue de la seguridad en la organización

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.3.1. Desplegar responsables de seguridad del paciente en servicios, unidades o centros (designación, herramientas de formación y apoyo, objetivos).
- 2.3.2. Consolidar las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y/o Comisiones de Seguridad de Pacientes (metodología de trabajo, seguimiento y apoyo actuaciones).
- 2.3.3. Establecer objetivos institucionales anuales sobre seguridad del paciente:
  - Establecer objetivos anuales de Seguridad del Paciente para las gerencias.
  - Desplegar los objetivos de Seguridad del Paciente en los servicios, unidades o centros.
  - Evaluar el cumplimiento de los objetivos de seguridad de forma sistemática y periódica, devolviendo información sobre su cumplimiento.
  - Realizar un informe anual que refleje la actividad realizada y la evaluación de los objetivos.

### Objetivo estratégico 2.4:

#### Fomentar una organización con alta capacidad de adaptación

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.4.1. Promover el establecimiento de equipos para la gestión rápida de incidentes críticos de seguridad.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 3: CONTINUIDAD ASISTENCIAL

### Introducción

La continuidad asistencial podemos entenderla como el grado de unión de las experiencias en la atención sanitaria que percibe el paciente a lo largo del tiempo, de manera que éstas sean coherentes con sus necesidades médicas y entorno personal y la coordinación como la forma de trabajo organizado interprofesional.

En el contexto de la seguridad del paciente, estos conceptos se aplicarán en un modelo de trabajo que promueva y custodie acciones asistenciales y de gestión en la atención al paciente, que evite duplicidades en las actividades sanitarias, en el que se comparta información entre los profesionales que participan en el proceso asistencial, y que garantice una atención sanitaria integrada; todas éstas, acciones que conforman un marco referencial para esta dimensión de la calidad.

El Servicio Madrileño de Salud con la promoción de las direcciones de continuidad asistencial, ha puesto en marcha una estrategia conjunta de desarrollo de trabajo inter niveles, enfocado a la atención integrada de los pacientes del área de referencia, con el fin de que éstos sean atendidos de forma eficiente y en un marco de seguridad consolidado.

Las actuaciones necesarias y posibles para esta línea son muchas y mayoritariamente comparten espacio de desarrollo con otras áreas de la Consejería de Sanidad. En este sentido, los problemas relacionados con la comunicación tienen un papel relevante como causa de incidentes y eventos adversos en la asistencia sanitaria. La falta de continuidad en la información genera descoordinación en el cuidado y en la atención del paciente que puede conllevar errores en su asistencia sanitaria.

Por esta razón, debemos impulsar la mejora de la transferencia de información para que los profesionales responsables de la atención de un paciente dispongan de toda la información necesaria sobre su diagnóstico, tratamientos y pruebas.

Por otra parte, las transiciones asistenciales y derivaciones inter ámbitos asistenciales, en el marco de modelos de trabajo seguros deben definir procesos asistenciales con

los criterios de entrada del proceso asistencial, así como las actividades específicas dentro del mismo. Es necesario, además, ofertar a los profesionales mecanismos de comunicación a través de consultas no presenciales, que permitan no trasladar a los pacientes de un nivel a otro.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 3.1:**

#### **Mejorar la trasferencia de información entre ámbitos asistenciales**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

##### 3.1.1. Establecer canales formales y estructurados de trasferencia de información:

- Elaboración del informe al alta de enfermería.
- Elaboración del Informe de continuidad de cuidados en pacientes susceptibles.
- Promover la notificación de alta de puérperas y niños para la consulta en Atención Primaria antes de las 72h.
- Normalizar el modelo de comunicación del especialista consultor.
- Promover la realización de informe de ingreso en pacientes susceptibles por perfil de riesgo/complejidad.

##### 3.1.2. Desarrollar los contenidos del visor HORUS, fomentar su uso y dar acceso a los profesionales de enfermería y otros perfiles susceptibles.

### **Objetivo Estratégico 3.2:**

#### **Adecuar la derivación de pacientes entre ámbitos asistenciales**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

##### 3.2.1. Diseño de circuitos que faciliten la accesibilidad entre profesionales: e\_consult@

##### 3.2.2. Fomentar los canales implantados en la gestión de citas preferentes, (valoración previa por especialista (VPE) y sospecha de malignidad (SM), con criterios de alerta para ampliar e introducir nuevas indicaciones y utilidades.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 4: IMPLICAR A PACIENTES, FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADORAS

### Introducción

La seguridad del paciente y una atención sanitaria centrada en el paciente constituyen dos de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial. En los últimos años han existido diferentes iniciativas como la denominada “pacientes por la seguridad de los pacientes” de la OMS, la declaración de Londres, en la que los pacientes se comprometen a colaborar en la consecución de una atención sanitaria más segura o la firmada en Madrid con la declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud.

Desde entonces, las estrategias enfocadas en la participación del paciente en la mejora de la seguridad clínica se han convertido en una prioridad de las principales organizaciones reguladoras y gubernamentales. Sin embargo, y a pesar de algunas iniciativas, su incorporación real a los sistemas de gestión de riesgos relacionados con la atención sanitaria sigue siendo, en gran medida, una tarea pendiente.

Los pacientes, familiares y personas cuidadoras pueden participar en la mejora de la seguridad de diferentes maneras: a través de la identificación de riesgos del sistema y la búsqueda de soluciones, participando de forma activa en el proceso asistencial y en la toma de decisiones y en la gestión de los eventos adversos en los que se han visto involucrados.

Aunque la participación y compromiso de los pacientes en la mejora de la seguridad es un área prometedora, todavía no existe suficiente evidencia de la efectividad y el impacto de las intervenciones en este área.

Por otra parte, existen importantes barreras para su implementación y en ocasiones podrían derivar resultados negativos, trasladando la responsabilidad de los proveedores e instituciones a los propios pacientes.

Por todo lo anterior, la implicación de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del paciente requiere un esfuerzo de la organización, incluyendo el cambio cultural o el incremento de la investigación, para hacerse de forma efectiva.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

#### **Objetivo Estratégico 4.1:**

#### **Mejorar la información y formación de pacientes, familiares y personas cuidadoras**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.1.1. Realizar técnicas cuantitativas y/o cualitativas con pacientes, familiares y personas cuidadoras para conocer sus necesidades, demandas o expectativas.
- 4.1.2. Desarrollar una campaña informativa a los ciudadanos sobre seguridad y sobre la Estrategia de Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid.
- 4.1.3. Incluir a los pacientes, familiares o personas cuidadoras en los foros, actividades y jornadas relacionadas con la seguridad del paciente.
- 4.1.4. Establecer alianzas con asociaciones de pacientes para su implicación en la mejora de la seguridad de los pacientes.

#### **Objetivo Estratégico 4.2:**

#### **Promover la participación activa del paciente, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del proceso asistencial**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.2.1. Elaborar una guía dirigida a pacientes, familiares y personas cuidadoras sobre seguridad del paciente.
- 4.2.2. Revisión, actualización y difusión de documentos de consentimiento informado elaborados por la comisión de consentimiento informado del Servicio Madrileño de Salud.

**Objetivo Estratégico 4.3:****Utilizar las quejas y reclamaciones de los pacientes como instrumento para la identificación de riesgos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.3.1. Elaborar una recomendación a los centros sanitarios para que los Servicios de Información y Atención al Paciente y las Unidades de Atención al Paciente se coordinen con las respectivas Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios para la identificación de riesgos a través de las quejas y reclamaciones de los usuarios.
- 4.3.2. Proporcionar información semestral, de los Servicios de Información y Atención al Paciente a las unidades funcionales de las reclamaciones recibidas.
- 4.3.3. Incluir acciones de mejora relativas a la seguridad del paciente en los objetivos institucionales.

**Objetivo Estratégico 4.4: Promover la información al paciente, los familiares o personas cuidadoras tras un evento adverso grave**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.4.1. Elaborar una guía institucional sobre información al paciente tras un evento adverso grave.
- 4.4.2. Difundir y promover la implantación de la guía institucional.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 5: DIFUNDIR EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

### Introducción

Difundir el conocimiento científico, conseguir que llegue a los profesionales y, de manera comprensible, a los ciudadanos en general y a los pacientes y sus familias en particular, es una de las bases para que el resto de las líneas estratégicas del plan se puedan desarrollar de manera adecuada.

El conocimiento científico tiene al menos tres componentes: el saber (componente científico); el saber hacer (componente procedimental) y el saber ser (componente cultural). En materia de seguridad del paciente, si pensamos en los profesionales, es importante que los tres componentes lleguen de manera válida y precisa a quienes están en posición de utilizarlos en su práctica clínica.

A estos componentes se ha añadido un cuarto, el saber dónde, relacionado con la caducidad del conocimiento científico y la dificultad para localizarlo y evaluarlo, lo que es un obstáculo nada despreciable en el ámbito de la seguridad del paciente, debido a la saturación de documentos disponibles cada día.

Por todo lo anteriormente expuesto, es necesario que el conocimiento científico esté accesible en el punto de máximo beneficio para el paciente (que la información llegue a quien tiene que llegar en el momento en que es necesaria en la práctica clínica).

Además, teniendo en cuenta que la práctica clínica es una de las fundamentales fuentes del saber en ciencias de la salud y que se aprende de los aciertos y también de los fallos, es necesario buscar evidencias científicas y compartir las experiencias, generando documentos para mejorar la práctica clínica y fomentando la organización de grupos de trabajo de seguridad en los distintos ámbitos asistenciales.

Por último, no debemos olvidar que es necesario contextualizar el conocimiento científico y en alguna medida homogeneizar su difusión en el marco de la Unión Europea, por lo que conviene estar atentos para identificar y difundir los avances que en ese nivel se produzcan.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 5.1: Consolidar la identificación y difusión del conocimiento**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.1. Establecer un grupo de expertos para desarrollar revisiones bibliográficas sobre seguridad del paciente.
- 5.1.2. Elaborar un catálogo estructurado de documentos clave, que esté disponible para el conjunto de los profesionales.
- 5.1.3. Fomentar el desarrollo de sesiones sobre seguridad del paciente en los servicios, centros y/o unidades.
- 5.1.4. Organizar actividades para promover la difusión del conocimiento (“semana de la seguridad del paciente”).

### **Objetivo Estratégico 5.2: Facilitar la accesibilidad al conocimiento científico a todos los profesionales del Servicio Madrileño de Salud**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.2.1. Desarrollar los contenidos del portal de seguridad de la Intranet corporativa.
- 5.2.2. Elaborar información periódica en materia de seguridad del paciente, como boletines y otras novedades de interés.
- 5.2.3. Fomentar que los centros elaboren sus propios boletines informativos para facilitar la participación de los profesionales.

### Objetivo Estratégico 5.3:

#### Buscar alianzas con organizaciones comprometidas en la generación y/o difusión del conocimiento

75/180

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.3.1. Elaborar un catálogo de sociedades científicas madrileñas comprometidas con la Seguridad del Paciente.
- 5.3.2. Elaborar actuaciones para difundir el conocimiento científico con las Sociedades Científicas.
- 5.3.3. Generar alianzas con los medios de comunicación para divulgar conocimiento en seguridad del paciente.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6: COMUNICACIÓN Y TRANSPARENCIA

### Introducción

Los resultados de la asistencia sanitaria para el paciente y la población en general, son fruto de la interacción de múltiples proveedores sanitarios que deben trabajar en sintonía y sincronía. Sin embargo, la fragmentación de la asistencia puede producir errores de comunicación que pueden afectar a la seguridad de los pacientes.

Los más frecuentes se producen en la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente, pero también son relevantes los problemas de comunicación entre profesionales y entre niveles asistenciales. La falta de verificación y de registro de la información transmitida de forma verbal, las sucesivas transcripciones de información escrita o problemas en su legibilidad o el uso de abreviaturas y acrónimos, se asocian a problemas de coordinación de los profesionales implicados en la asistencia sanitaria, que a su vez generan errores en la atención a los pacientes.

Por otra parte, las nuevas tecnologías, con herramientas como la historia clínica electrónica o la receta electrónica, representan un avance importante en la mejora de la comunicación, en cuanto a la calidad y accesibilidad de la información, aunque no están exentas a su vez de nuevos riesgos.

Estos problemas están presentes como factor principal o contribuyente en un gran porcentaje de los incidentes y eventos adversos y se producen en todos los niveles y contextos asistenciales.

Además, gran parte de los incidentes y eventos adversos permanecen ocultos para la gran mayoría de los profesionales sanitarios, que de esta manera pierden la oportunidad de “aprender para evitar”. Por otra parte, los ciudadanos, también tienen derecho a conocer una parte fundamental de los resultados de las instituciones sanitarias, entendiéndose que una institución y un sistema sanitario transparentes son más seguros.

En este sentido, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha desarrollado un Observatorio de Resultados, accesible desde internet, poniendo a disposición de

los ciudadanos, profesionales y gestores información clave para conocer el estado de salud de los madrileños, así como indicadores de asistencia sanitaria tanto de atención primaria como de hospitales, entre los que se incluyen indicadores de seguridad del paciente.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

#### **Objetivo Estratégico 6.1:**

#### **Desarrollar las habilidades de comunicación efectiva y trabajo en equipo de los profesionales sanitarios**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.1.1. Mejorar la comunicación efectiva de los profesionales sanitarios mediante la implantación de herramientas específicas como por ejemplo: *SBAR* (sigla en inglés correspondiente a Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) y *CAPS* (siglas en inglés para designar un programa de entrenamiento en comunicación y seguridad del paciente).
- 6.1.2. Definir y priorizar las áreas de mayor riesgo por problemas de comunicación.
- 6.1.3. Potenciar el trabajo en equipo y mejorar la actuación en situaciones críticas, idealmente a través de simulación u otros programas.

#### **Objetivo Estratégico 6.2:**

#### **Definir la información estandarizada en las transferencias de cuidados**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.2.1. Definir y priorizar las áreas de mayor riesgo en la transferencia de pacientes.
- 6.2.2. Diseñar e implantar formularios estandarizados (tipo SBAR o similares).
- 6.2.3. Promover herramientas que faciliten la comunicación directa entre profesionales (p.ej.: reuniones tipo *briefing*, *debriefing*, etc.).

**Objetivo Estratégico 6.3:****Promover la identificación y gestión de incidentes centinela, eventos que nunca deben ocurrir ("never events") y/o eventos adversos graves**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.3.1. Establecer un listado del Servicio Madrileño de Salud.
- 6.3.2. Elaborar recomendaciones para su gestión.

**Objetivo Estratégico 6.4:****Establecer la información relevante sobre seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.4.1. Identificar y elaborar la información institucional relevante sobre seguridad del paciente.
- 6.4.2. Divulgar las medidas adoptadas para mejorar la seguridad de los pacientes a toda la organización a través de boletines, alertas, sesiones.

**Objetivo Estratégico 6.5:****Promover la transparencia en la organización**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.5.1. Incluir indicadores de seguridad del paciente en el Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud.
- 6.5.2. Revisar y mejorar los indicadores de seguridad del paciente del Observatorio de resultados.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7: IMPULSAR Y DESPLEGAR PRÁCTICAS SEGURAS

79/180

### Introducción

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 centradas tanto en unidades específicas como urgencias, cuidados intensivos o cirugía, cómo en acciones transversales como la higiene de manos o la atención adecuada al dolor. Por esta razón y de acuerdo con el análisis de situación y el enfoque posterior, en la formulación de esta línea se han establecido las siguientes prácticas seguras:

1. Cirugía y anestesia
2. Urgencias y emergencias
3. Pacientes críticos
4. Obstetricia y ginecología
5. Pediatría
6. Salud mental
7. Atención al dolor
8. Radiaciones ionizantes
9. Cuidados y técnicas de enfermería
10. Entornos de especial riesgo en atención primaria
11. Uso seguro del medicamento
12. Infección relacionada con la atención sanitaria

A continuación se presentan los objetivos y actuaciones para cada de ellas:

### Introducción

La seguridad del paciente quirúrgico ha estado marcada los últimos años, tanto en España como a nivel mundial, por la iniciativa denominada la cirugía segura salva vidas ("*Safe Surgery Saves Lives*") desarrollada por la Organización Mundial de la Salud como uno de sus retos mundiales.

En la Comunidad de Madrid, las actuaciones desarrolladas han incorporado numerosos elementos de esta iniciativa. Sin embargo, y de nuevo no sólo en España, el establecimiento de esta herramienta fundamental para la seguridad del paciente quirúrgico no ha sido homogéneo y es necesario insistir en mejorar la efectividad de su implantación.

Por otra parte, y aunque históricamente el foco de los malos resultados era la habilidad técnica de los profesionales, en la actualidad el resultado final se considera fruto tanto del quehacer técnico como del entorno, trabajo en equipo y comunicación, tareas y procedimientos, cargas de trabajo y factores organizativos.

La seguridad del paciente es una cuestión especialmente relevante en cirugía y anestesia y existen recursos que han demostrado su efectividad para prevenir errores. Por otra parte, la formación y el entrenamiento en factores humanos se consideran fundamentales en numerosas recomendaciones internacionales.

Finalmente, las recomendaciones clínicas son herramientas muy útiles en la práctica quirúrgica. Un ejemplo es la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en anestesia, que además incluye la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención de la infección y la continuidad de los cuidados asistenciales en todas las fases del proceso quirúrgico.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:



### Objetivo Estratégico 7.1.1:

#### Consolidar la correcta implantación de la lista de verificación quirúrgica (LVQ)

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.1.1. Constituir un grupo de expertos, a nivel institucional, para realizar un análisis de situación y proponer nuevas estrategias de implantación.
- 7.1.1.2. Desarrollar acciones de sensibilización y formación incorporando nuevas tecnologías.
- 7.1.1.3. Fomentar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

### Objetivo Estratégico 7.1.2:

#### Minimizar el impacto de los eventos críticos en quirófano

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.2.1. Fomentar la implantación de procedimientos de comprobación y validación de los sistemas de anestesia.
- 7.1.2.2. Establecer un manual de actuación en situaciones críticas para el bloque quirúrgico.
- 7.1.2.3. Estimular la adaptación en cada bloque quirúrgico de las recomendaciones sobre seguridad del paciente quirúrgico aprobadas en la declaración de Helsinki.
- 7.1.2.4. Fomentar la utilización del etiquetado de jeringas y medicación utilizada en anestesia de acuerdo a las instrucciones institucionales.
- 7.1.2.5. Constituir un grupo de expertos para desarrollar un procedimiento de prevención y actuación en caso de fuego en el quirófano.

### Objetivo Estratégico 7.1.3:

#### Asegurar la continuidad en la atención en el periodo peri-operatorio

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.3.1. Diseñar un modelo de ficha con la información básica que debe llegar a quirófano (captura de datos electrónica/papel).

- 7.1.3.2. Desarrollar un listado para la transmisión de la información de paciente desde el quirófano a unidad post-anestésica o reanimación y desde éstas a planta.
- 7.1.3.3. Elaborar recomendaciones para el seguimiento en planta del postoperatorio de pacientes ASA IV.

**Objetivo Estratégico 7.1.4:**  
**Prevenir la infección en cirugía**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.4.1. Mejorar la higiene de manos en el quirófano.
- 7.1.4.2. Elaborar o revisar las recomendaciones institucionales sobre la profilaxis antibiótica quirúrgica.

**Objetivo Estratégico 7.1.5:**  
**Impulsar el funcionamiento adecuado del equipamiento de los bloques quirúrgicos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.5.1. Realizar un análisis de la situación.
- 7.1.5.2. Constituir un grupo de expertos para desarrollar recomendaciones para la gestión y mantenimiento de equipamiento electromédico.

## 7.2. URGENCIAS Y EMERGENCIAS

### Introducción

Los servicios de urgencias y emergencias son con frecuencia la puerta de entrada a los servicios sanitarios, estando ampliamente documentado que los pacientes que acuden a ellos, sufren con frecuencia eventos adversos de diferente gravedad (12% según el estudio EVADUR), siendo por tanto necesario establecer prácticas de efectividad acreditada por diferentes organismos para disminuir, evitar o al menos minimizar la incidencia y repercusión de los eventos adversos.

Al revisar la literatura encontramos como puntos críticos en este tipo de atención, los relacionados con la cultura, la correcta identificación de los pacientes, la información en la transferencia del paciente (turnos, servicios, niveles asistenciales), el uso adecuado de la medicación o la infección asociada a la asistencia sanitaria.

En este sentido, podemos citar la importancia de una cultura de seguridad en estas unidades que ayude a identificar y mejorar la seguridad estableciendo responsables o grupos de profesionales con este fin; o cómo en la emergencia extra-hospitalaria o en las urgencias del hospital deben implementarse actuaciones para la correcta identificación de los pacientes.

Por otra parte, al ser servicios que funcionan las 24 horas del día, precisan la existencia de varios turnos, y con ello el riesgo de no incluir toda la información esencial en los cambios de turno o nivel asistencial, cuando el paciente pasa de un servicio o unidad a otro, más aún en un entorno de pacientes de edad avanzada y pluripatológicos.

Además, existen prácticas específicas como puede ser la clasificación o "triaje" a la llegada a urgencias, la prevención y control de las infecciones, incluyendo el uso adecuado de los antibióticos, la administración adecuada de medicamentos haciendo, por ejemplo, un doble chequeo al administrar fármacos de alto riesgo o finalmente elaborando y desplegando protocolos o guías ante actuaciones concretas.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 7.2.1: Mejorar la seguridad en urgencias y emergencias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (por ejemplo elaborando mapas de riesgos en urgencias).
- 7.2.1.2. Establecer y monitorizar un listado de indicadores sobre seguridad del paciente en urgencias y emergencias
- 7.2.1.3. Elaborar información específica sobre seguridad del paciente para la acogida en urgencias y emergencias
- 7.2.1.4. Elaborar recomendaciones para el abordaje estandarizado de las patologías más prevalentes en la Comunidad de Madrid.

### **Objetivo Estratégico 7.2.2: Mejorar la identificación del paciente en urgencias y emergencias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.2.1. Estudiar los sistemas de identificación en emergencias y desarrollar recomendaciones sobre su utilización.
- 7.2.2.2. Establecer recomendaciones para la correcta identificación de los pacientes, en el primer contacto, en la transferencia y antes de cualquier intervención.
- 7.2.2.3. Elaborar instrucciones para las situaciones de Incidentes con Múltiples Víctimas normalizadas para todos los Servicios de Urgencias.

### **Objetivo Estratégico 7.2.3: Mejorar la información y su comunicación en la transferencia de pacientes en urgencias y emergencias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.3.1. Establecer y desplegar recomendaciones para la transferencia de pacientes entre turnos, servicios y niveles asistenciales.
- 7.2.3.2. Promover la realización de reuniones tipo *briefing* y *debriefing*.
- 7.2.3.3. Elaborar recomendaciones sobre la utilización de abreviaturas, siglas y símbolos no farmacológicos.
- 7.2.3.4. Difundir el documento sobre la estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción de medicamentos en la Comunidad de Madrid
- 7.2.3.5. Desarrollar recomendaciones sobre la cumplimentación de los informes de alta de urgencias.

#### Objetivo Estratégico 7.2.4:

#### Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.4.1. Revisar los sistemas de clasificación de pacientes (“triaje”) elaborando recomendaciones para su mejora.
- 7.2.4.2. Promover la formación de los profesionales en la prevención y el control de las infecciones incluyendo la higiene de manos, el aislamiento de pacientes y el uso racional de los antibióticos.
- 7.2.4.3. Elaborar y difundir material informativo sobre la actuación en las patologías infecciosas que se atienden con mayor frecuencia.
- 7.2.4.4. Desarrollar y difundir información sobre los perfiles de los efectos adversos más frecuentes, contraindicaciones, precauciones e interacciones de los medicamentos más frecuentemente utilizados.
- 7.2.4.5. Implantar criterios STOP y START en la urgencia en pacientes mayores de 65 aprovechando la oportunidad que brindan las nuevas tecnologías.
- 7.2.4.6. Establecer reuniones sistemáticas y/o canales rápidos de comunicación entre los servicios de farmacia y los servicios de urgencias y emergencias

### Introducción

Cualquier acto de la atención sanitaria entraña riesgos potenciales. Los eventos adversos se presentan con mayor frecuencia en los pacientes graves que requieren procedimientos complejos e invasivos, una alta tecnificación, una atención urgente, una vigilancia estrecha y continuada, circunstancias que se dan en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

El entorno de las UCI es un ambiente hostil por el ruido de las alarmas, de los aparatos de monitorización, el estrés, tanto de los pacientes como de los familiares y de los profesionales que les atienden, y la comunicación fragmentada y a veces ineficaz entre los diferentes miembros del equipo. Esto las hace lugares vulnerables para la aparición de eventos adversos. En su etiología confluyen múltiples factores sistémicos, además del error humano y además, la probabilidad de que ocurran se incrementa por día de estancia en un servicio de Medicina Intensiva.

En el año 2007, el estudio de Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (SYREC) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) determinó que el riesgo que presenta un paciente crítico en los servicios de Medicina Intensiva españoles de sufrir un incidente de seguridad durante su ingreso es del 62%, mientras que la probabilidad de sufrir al menos un incidente sin daño resultó del 45% y un incidente con daño del 29%, produciéndose 6 incidentes por cada 100 pacientes y hora de seguimiento.

Por todo lo anterior, la seguridad del paciente debe ser un pilar esencial en la práctica diaria en el ámbito de los cuidados intensivos. Los proyectos bacteriemia y neumonía zero, liderados por la SEMICYUC y la SEEIUC, han sido una oportunidad para introducir la cultura de seguridad en estas unidades. Estos proyectos con exitosos resultados, han supuesto no sólo una mejora en la incidencia de dos de las principales infecciones relacionadas con la atención sanitaria, las bacteriemias relacionadas con catéter venoso central y las neumonías asociadas a ventilación mecánica, sino también un cambio en la manera de trabajar y de planificar la asistencia del paciente crítico en su conjunto, así como en definitiva un impulso en la cultura de seguridad.

Dentro de esta línea estratégica se consideran cinco objetivos estratégicos:

87/180

### **Objetivo Estratégico 7.3.1:**

#### **Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.1.1. Consolidar la implantación del proyecto “bacteriemia zero” para la prevención de las bacteriemias relacionadas con catéter venoso central.
- 7.3.1.2. Consolidar la implantación del proyecto “neumonía zero” para prevenir las neumonías asociadas a ventilación mecánica.
- 7.3.1.3. Desplegar el proyecto “resistencia zero” para prevenir la aparición de bacterias multirresistentes.
- 7.3.1.4. Desarrollar actuaciones para reducir las tasas de infección urinaria asociada a sondaje vesical.

### **Objetivo Estratégico 7.3.2:**

#### **Promover la evaluación de la seguridad en el paciente crítico**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.2.1. Establecer un conjunto de indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico.
- 7.3.2.2. Impulsar la utilización de los indicadores en las unidades del Servicio Madrileño de Salud.

### **Objetivo Estratégico 7.3.3:**

#### **Mejorar la comunicación entre los profesionales que proporcionan atención al paciente crítico**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.3.1. Promover la realización de sesiones conjuntas personal médico-personal de enfermería.
- 7.3.3.2. Elaborar y difundir un listado de verificación diario de objetivos y cuidados.

**Objetivo Estratégico 7.3.4:****Optimizar la seguridad del paciente en los cuidados de enfermería**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.4.1. Elaborar e implantar un programa de prevención y cuidados de úlceras por presión (UPP) en el paciente crítico.
- 7.3.4.2. Elaborar recomendaciones para reducir la incidencia de agitación y delirio en los pacientes ingresados en UCI.

**Objetivo Estratégico 7.3.5:****Fomentar la seguridad de los pacientes críticos o potencialmente críticos en todo el entorno hospitalario (“UCI sin paredes”)**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.5.1. Elaborar recomendaciones para detectar precozmente pacientes potencialmente críticos no ingresados en UCI.
- 7.3.5.2. Promover medidas que favorezcan la intervención precoz en los pacientes potencialmente críticos no ingresado en UCI.
- 7.3.5.3. Establecer recomendaciones para una correcta transición al alta de UCI de los pacientes de alto riesgo y de aquellos que se encuentren en situación de fragilidad fisiológica.



## 7.4. OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

### Introducción

En el momento actual, el parto, como se recoge en el documento de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad, es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles, representando el 9.1% de las altas totales registradas.

El impacto que esto conlleva a nivel de salud pública ha provocado que las diferentes instituciones sanitarias trabajen para elaborar estrategias de salud, guías de práctica clínica y protocolos para promover el parto normal, reducir las intervenciones que la evidencia científica dice que no son recomendables y fomentar aquellas prácticas que son claramente útiles.

Entre los resultados adversos podemos señalar algunos como la prematuridad, hipertensión, la hemorragia, el embolismo pulmonar y de líquido amniótico, la infección o el empeoramiento de las enfermedades crónicas preexistentes y entre sus causas la falta de cultura de seguridad, de trabajo en equipo, los problemas de comunicación y coordinación o la falta de monitorización.

Además, estamos en un escenario en el que se ha incrementado la edad de las gestantes y la instrumentalización de los partos. Por todo ello, mejorar la seguridad en el embarazo, parto y puerperio constituye un elemento básico de las instituciones sanitarias, a través de potenciar la atención al parto normal, mejorar la calidad asistencial y mantener los niveles de seguridad actuales.

Por otra parte, la atención de la mujer con patología ginecológica también plantea potenciales problemas de seguridad entre los que podemos destacar los relacionados con el diagnóstico, ya sean por errores o por retrasos en el mismo, y los relacionados con el tratamiento, fundamentalmente centrados en el ámbito quirúrgico.

En este último caso, se encuentran las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, la enfermedad tromboembólica y otras complicaciones postoperatorias que pueden minimizarse con una adecuada atención pre-quirúrgica. Igualmente sería deseable mejorar la información a pacientes o la comunicación entre profesionales.

Para enfocar de forma adecuada toda esta problemática es preciso establecer como marco una cultura de la seguridad que facilite un mejor abordaje basado en un ambiente de aprendizaje, la comunicación e identificación de accidentes y la adopción de prácticas que reduzcan o minimicen la probabilidad de eventos adversos.

Dentro de esta línea estratégica se consideran cinco objetivos estratégicos:

#### **Objetivo Estratégico 7.4.1:**

##### **Promover la seguridad del paciente en obstetricia y ginecología**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (por ejemplo elaborando mapas de riesgo en paritorio).
- 7.4.1.2. Establecer un listado de indicadores sobre seguridad del paciente en obstetricia y ginecología.
- 7.4.1.3. Revisar de forma periódica los incidentes de seguridad.

#### **Objetivo Estratégico 7.4.2:**

##### **Mejorar la seguridad en el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.2.1. Elaborar, difundir e implantar recomendaciones para el seguimiento y control del embarazo.
- 7.4.2.2. Promover la implantación de la estrategia de atención al parto normal del SNS.
- 7.4.2.3. Promover la utilización de listados de verificación del parto.
- 7.4.2.4. Desarrollar protocolos para mejorar la atención de complicaciones evitables del embarazo y el parto (Por ejemplo: diabetes gestacional o hemorragia posparto).

### Objetivo Estratégico 7.4.3:

#### Mejorar la seguridad en la atención a los procesos ginecológicos y disminuir la variabilidad de la práctica clínica

91/180

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.3.1. Promover la implantación del listado de verificación en quirófano, incluyendo el área pre-quirúrgica.
- 7.4.3.2. Elaborar un documento informativo escrito para pacientes sobre evaluación y preparación prequirúrgica.
- 7.4.3.3. Elaborar recomendaciones institucionales para la realización de profilaxis antibiótica en ginecología.
- 7.4.3.4. Desarrollar un protocolo institucional para la prevención de la enfermedad tromboembólica en la cirugía ginecológica.

### Introducción

Mejorar la seguridad del paciente pediátrico es un objetivo básico para las organizaciones sanitarias, aunque hasta el momento, y excepto en aspectos concretos, este abordaje ha estado englobado en las líneas estratégicas generales de seguridad. Sin embargo, la pediatría por sí misma precisa un enfoque específico, dadas las circunstancias y características especiales de estos pacientes.

Entre las situaciones de riesgo pediátrico podemos citar: dosis farmacológicas dependientes de la edad, del peso y del estado madurativo, utilización de medicamentos off-label, alergias alimentarias, participación de familiares y otros cuidadores, barreras en la comunicación, participación en los cuidados y atención de estos pacientes de personal sanitario no familiarizado con este grupo de edad o efectos nocivos de la radiación más acusados en los niños, ya que los tejidos presentan un mayor sensibilidad y su expectativa de vida es mayor.

En la búsqueda de una asistencia sanitaria excelente, la atención pediátrica debe incorporar una estrategia de trabajo que permita establecer medidas para prevenir los eventos adversos derivados de sus actuaciones, en la que los pacientes y sus familias sean partícipes.

Además, hay que tener en cuenta la existencia de diferentes áreas de trabajo en las unidades pediátricas hospitalarias (hospitalización, unidad neonatología, urgencias, y consultas externas) con diferencias estructurales y organizativas, por lo que las medidas en seguridad del paciente deben adaptarse a los distintos entornos de trabajo. Junto a ellas también tenemos que considerar la continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada.

En este sentido, existen múltiples acciones a desarrollar en el área pediátrica: desde la unificación y validación de los sistemas de clasificación en Urgencias, hasta el traslado de pacientes críticos en unidades **móviles** pediátricas. Pero el primer paso debe ser concienciar al personal sanitario implicado y a las diferentes direcciones de la importancia del trabajo continuo y la mejora en el área de la seguridad del paciente. La

creación de comités locales, en cada centro hospitalario, específicos de los servicios de pediatría debiera ser la primera medida a desarrollar.

Dentro de esta línea estratégica se consideran cinco objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 7.5.1:**  
**Promover la seguridad en pediatría**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (por ejemplo elaborando mapas de riesgos en pediatría).
- 7.5.1.2. Mejorar la formación y la sensibilización sobre la seguridad del paciente en pediatría tanto a población general, como al personal sanitario.

**Objetivo Estratégico 7.5.2:**  
**Controlar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en las unidades pediátricas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.2.1. Elaborar recomendaciones para la prescripción del aislamiento de pacientes tanto en hospitalización como en urgencias.
- 7.5.2.2. Desarrollar material informativo para pacientes sobre las medidas de aislamiento.
- 7.5.2.3. Elaborar recomendaciones para el control de los juguetes en las salas de Pediatría.
- 7.5.2.4. Establecer recomendaciones específicas para el cuidado de vías umbilicales.

**Objetivo Estratégico 7.5.3:****Disminuir los errores de prescripción (incluidas alergias alimentarias)**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.3.1. Promover la especificación de la alimentación de los pacientes menores de dos años en la pauta de dieta.
- 7.5.3.2. Establecer recomendaciones sobre la necesidad de no tener muestras de productos alimentarios accesibles.
- 7.5.3.3. Establecer un sistema para la correcta identificación de la leche materna de cada paciente.
- 7.5.3.4. Promover el uso de calculadoras de dosis pediátricas.
- 7.5.3.5. Establecer un sistema de doble verificación para los medicamentos de alto riesgo en pediatría.
- 7.5.3.6. Desarrollar protocolos de uso de contrastes en pediatría y neonatología.

**Objetivo Estratégico 7.5.4:****Desarrollar la formación al personal implicado en la atención pediátrica**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.4.1. Incluir recomendaciones de seguridad en los planes de acogida para personal nuevo en unidades pediátricas (especialmente en UCI neonatal y UCI pediátrica).
- 7.5.4.2. Desarrollar planes formativos específicos en seguridad del paciente.

**Objetivo Estratégico 7.5.5:****Promover un entorno hospitalario físico seguro**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.5.1. Elaborar y difundir recomendaciones sobre seguridad en el cableado, enchufes, aparataje, mobiliario, etc.
- 7.5.5.2. Elaborar y difundir recomendaciones sobre el buen funcionamiento de las barreras protectoras de cunas y camas para personal y familiares.
- 7.5.5.3. Elaborar y difundir recomendaciones sobre condiciones de ruido, iluminación, y temperatura.

## 7.6. SALUD MENTAL

95/180

### Introducción

La enfermedad mental implica una mayor vulnerabilidad de los pacientes, que están expuestos a riesgos que pueden derivarse de su propia enfermedad, de sus tratamientos o cuidados y también de sus conductas y las de otros pacientes.

Desde distintos niveles organizativos e institucionales, la Organización Mundial de la Salud, la Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, el Observatorio regional de riesgos sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se ha puesto énfasis en el desarrollo de intervenciones preventivas del suicidio particularmente en grupos de riesgo, recogidas como prioritarias en el Plan estratégico de salud mental vigente en la misma, mediante implantación de procedimientos clínicos normalizados y desarrollo de programas formativos.

Todo ello justifica el interés de establecer actuaciones que consoliden acciones ya en marcha y por otra parte proponer otras nuevas, máxime cuando el suicidio constituye hoy la primera causa de muerte no natural en España por encima de los accidentes de tráfico y en más del 90% de los casos hay una enfermedad mental subyacente.

De igual modo son principios fundamentales del mencionado Plan estratégico de salud mental, la humanización de la asistencia sanitaria a las personas con enfermedad mental y la consecución de la continuidad asistencial del paciente a lo largo de todo el proceso de su tratamiento, sobre todo para las personas con trastorno mental grave y persistente.

Ambos principios tienen además de relevancia clínica obvia, implicaciones éticas y legales por cuanto interesan la protección de los derechos humanos y la dignidad de personas especialmente vulnerables, las personas con trastornos mentales graves, bajo las premisas de restricción mínima y proporcionalidad, así como de promoción del máximo nivel de autonomía posible.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 7.6.1:****Mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo suicida y su continuidad asistencial**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.1.1. Desplegar la prestación ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida).
- 7.6.1.2. Desarrollar la evaluación de los programas piloto de prevención de suicidio.
- 7.6.1.3. Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de evaluación de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas.
- 7.6.1.4. Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de prevención de conductas suicidas en las unidades de hospitalización psiquiátricas.
- 7.6.1.5. Difundir material informativo sobre la prevención del suicidio a pacientes y familiares.
- 7.6.1.6. Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida en atención primaria.

**Objetivo Estratégico 7.6.2:****Mejorar la seguridad en la aplicación de medidas restrictivas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.2.1. Revisar y actualizar periódicamente los protocolos de inmovilización terapéutica.
- 7.6.2.2. Desarrollar de un protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga.

**Objetivo Estratégico 7.6.3:****Mejorar la seguridad en la atención a los pacientes con trastorno mental grave**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.3.1. Promover la continuidad de cuidados.
- 7.6.3.2. Elaborar un protocolo de ingreso involuntario.
- 7.6.3.3. Desarrollar un protocolo de consentimiento informado y valoración de la capacidad.
- 7.6.3.4. Elaborar un protocolo de atención cardio-metabólica en pacientes con diagnóstico de psicosis.



## 7.7. ATENCIÓN AL DOLOR

### Introducción

El dolor, reto importante para las organizaciones sanitarias, se considera un evento adverso en cuanto puede complicar la evolución de otros procesos patológicos de base, alargar la hospitalización, disminuir la calidad de vida de los pacientes, incrementar la morbilidad perioperatoria y ser un factor de riesgo para desarrollar dolor crónico en el futuro.

En la asistencia sanitaria muchos procedimientos e intervenciones provocan dolor y esta circunstancia es conocida, y puede ser prevenible y minimizable; por lo que el no abordarla de forma planificada, se podría considerar como un evento adverso por omisión.

También, en la atención del dolor, los tratamientos farmacológicos, las intervenciones y los procedimientos empleados en su control pueden conducir a interacciones y efectos secundarios que den lugar a eventos adversos.

Considerar que el dolor se encuentra asociado con algunos de los procedimientos e intervenciones asistenciales como un aspecto prevenible conlleva una serie de cambios en la práctica médica para un abordaje global y sistemático del problema que minimice los riesgos y mejore la seguridad.

En la Comunidad de Madrid, se han implantado distintas iniciativas relacionadas con el dolor, incluidas en los objetivos de calidad que anualmente se establecen para los centros, como la valoración del dolor mediante escalas validadas, así como la constitución de los comités de atención al dolor.

Estos comités constituyen un pilar fundamental a nivel de cada gerencia para identificar, evaluar y proponer mejoras en la atención integral del dolor, tanto agudo como crónico, que nos permita mejorar la atención efectiva y segura a los pacientes con dolor.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 7.7.1:** **Mejorar la seguridad en la atención al dolor**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.1.1. Incluir la valoración del dolor en los objetivos institucionales.
- 7.7.1.2. Establecer que los centros dispongan de un protocolo de atención al dolor actualizado.
- 7.7.1.3. Identificar y difundir buenas prácticas/prácticas seguras sobre la atención al dolor en los centros.
- 7.7.1.4. Incluir contenidos relacionados con la atención segura del dolor en los planes de acogida de los centros sanitarios.
- 7.7.1.5. Desarrollar materiales informativos para mejorar la seguridad en la atención al dolor.

### **Objetivo Estratégico 7.7.2:** **Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento del dolor**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.2.1. Desarrollar la coordinación entre las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios y los comités del dolor para mejorar los riesgos relacionados con su tratamiento.
- 7.7.2.2. Establecer en los comités de dolor una línea estratégica de actuación anual centrada en la seguridad del tratamiento del dolor.
- 7.7.2.3. Elaborar recomendaciones, protocolos y/o listados de comprobación para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y técnicas analgésicas invasivas más frecuentes.
- 7.7.2.4. Promover la inclusión de contenidos de seguridad del paciente en los cursos sobre la atención al dolor.

### **Objetivo Estratégico 7.7.3:** **Mejorar la continuidad asistencial en el tratamiento del dolor**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.3.1. Definir la información básica para mejorar la seguridad en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.

## 7.8. USO SEGURO DE LAS RADIACIONES IONIZANTES

### Introducción

La radiación ionizante se utiliza ampliamente para el cuidado de la salud en radiología, medicina nuclear, radioterapia y otras especialidades. De forma paralela, el número de estos procedimientos ha crecido rápidamente, lo que aumenta la exposición de los pacientes.

Los efectos asociados a la radiación ionizante pueden ser determinísticos o estocásticos. Los efectos determinísticos se manifiestan por sí mismos en un periodo relativamente corto de tiempo, después de una exposición a radiación de alta intensidad (1 o más sieverts), mientras que los efectos estocásticos aumentan el riesgo de varias condiciones (cáncer, enfermedad cardíaca) y se manifiestan en largos periodos de tiempo.

Los principios básicos que rigen el uso seguro de la radiación ionizante son la justificación, la optimización para utilizar la mínima dosis de radiación, la comparación con niveles de referencia y el seguimiento de los procedimientos con radiaciones ionizantes.

Las directrices sobre la protección de los pacientes y los profesionales de las radiaciones ionizantes tienen una larga trayectoria, con responsabilidades definidas y regulaciones precisas. Estas se reflejan en mandatos legales europeos y estatales que establecen programas de garantía de calidad en los centros y servicios.

Sin embargo, es importante seguir mejorando en estrategias específicas como pueden ser la cultura o la reducción de la exposición de los pacientes, teniendo ejemplos de la incorporación de radiaciones ionizantes a la metodología de seguridad del paciente en la identificación de las prácticas seguras basadas en evidencia de la AHRQ o las recomendaciones de la Joint Commission.

Por último, también existen actualmente estrategias con un enfoque holístico como la "Bonn call for action" de la *World Health Organization-International Atomic Energy Agency (WHO-IAEA)* y la implementación de estos objetivos en el plan de acción de "EuroSafe Image".

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 7.8.1:**

#### **Promover la justificación de los procedimientos con radiaciones ionizantes.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.1.1. Establecer grupos de trabajo para revisar/elaborar guías de indicaciones para justificar procedimientos.
- 7.8.1.2. Difundir y promover la implantación de las guías de indicaciones para justificar los procedimientos.
- 7.8.1.3. Elaborar protocolos de indicación de pruebas diagnósticas y mínima radiación en pacientes pediátricos

### **Objetivo Estratégico 7.8.2:**

#### **Mejorar la optimización de la dosis**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.2.1. Establecer grupos de trabajo para revisar/elaborar recomendaciones sobre la manera de maximizar el uso de las capacidades tecnológicas disponibles para reducir aún más las dosis.
- 7.8.2.2. Identificar y difundir buenas prácticas relacionadas con la optimización de dosis.
- 7.8.2.3. Promover la utilización de los registros de exposición del paciente en la historia clínica.

### **Objetivo Estratégico 7.8.3:**

#### **Fortalecer la cultura de seguridad sobre radiación ionizante**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.8.3.1. Progresar en el despliegue de la seguridad clínica en los servicios que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.3.2. Elaborar y difundir información sobre riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes.

## 7.9. CUIDADOS Y TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

### Introducción

Los profesionales de enfermería y sus cuidados están en la primera línea de atención sanitaria, tanto en las instituciones sanitarias donde el contacto con el paciente puede llegar a ser continuo, como en el domicilio.

En esa atención sanitaria se realizan gran cantidad de actuaciones e intervenciones que entrañan riesgos para los pacientes y que pueden ocasionar eventos adversos en ellos. Existen múltiples referencias en la literatura científica que recogen esos riesgos y también existen gran cantidad de estudios que contemplan medidas y actuaciones para minimizarlos.

La puesta en marcha de estrategias en los últimos años nos ha ayudado a lograr avances importantes, siendo una práctica extendida en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud la valoración de determinados riesgos que presentan una alta prevalencia y que en gran medida son evitables, como es el riesgo de sufrir caídas o las **úlceras por presión**, disponiendo de protocolos que permitan poner en marcha medidas para su prevención.

Sin embargo, aun nos queda un importante camino que recorrer. Hay intervenciones enfermeras de uso cotidiano que implican serios riesgos para los pacientes, tal y como revelan trabajos como el Proyecto SENECA o los estudios de evaluación de indicadores de buenas prácticas para la seguridad.

En este sentido, es fundamental promover el liderazgo en nuestra organización y en nuestros centros y servicios o unidades, junto con actuaciones específicas, ya sean relacionadas con la unificación de protocolos o guías de actuación o la monitorización de ciertos eventos adversos.

Por último, para mejorar en cuidados es importante trabajar en la implicación activa de los pacientes y/o familiares y cuidadores en sus cuidados y en la gestión de los riesgos. En este sentido, cada vez es mayor la relevancia del paciente, que por sus conocimientos y habilidades, se debe convertir en un agente activo que pueda hacer una

adecuada gestión de sus tratamientos y cuidados en aspectos como el conocimiento de su enfermedad, la adherencia al tratamiento o el manejo de dispositivos sanitarios en domicilio (sondas vesicales, accesos vasculares de larga duración, etc.).

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 7.9.1:  
Promover el liderazgo**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.1.1. Constituir un grupo de expertos en seguridad del paciente relacionada con los cuidados, en el Servicio Madrileño de Salud.
- 7.9.1.2. Desarrollar recomendaciones institucionales de seguridad relacionadas con los cuidados.

**Objetivo Estratégico 7.9.2:  
Desarrollar la monitorización homogénea de los pacientes**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.2.1. Elaborar e implantar un sistema de monitorización unificado de las caídas en la organización.
- 7.9.2.2. Elaborar e implantar un sistema de monitorización unificado de la prevalencia y de la incidencia de úlceras por presión en la organización.

**Objetivo Estratégico 7.9.3:  
Promover la identificación inequívoca del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.3.1. Realizar un análisis de situación.
- 7.9.3.2. Elaborar recomendaciones institucionales para la identificación inequívoca del paciente.
- 7.9.3.3. Elaborar recomendaciones para la identificación de las muestras biológicas.

#### **Objetivo Estratégico 7.9.4: Unificar los protocolos de actuación**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.4.1. Promover el despliegue de los protocolos de seguridad elaborados por el grupo para la ordenación y normalización de los cuidados de enfermería.
- 7.9.4.2. Elaborar y monitorizar la implantación de un protocolo para el manejo y los cuidados de las sondas vesicales.
- 7.9.4.3. Elaborar y monitorizar la implantación de un protocolo para el manejo y los cuidados de las vías venosas.
- 7.9.4.4. Elaborar y monitorizar la implantación de un protocolo para la colocación, el manejo y los cuidados de las sondas nasogástricas.

#### **Objetivo Estratégico 7.9.5: Facilitar la formación en seguridad**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.5.1. Desarrollar cursos específicos de formación (presencial y/o online) de seguridad relacionada con los cuidados.
- 7.9.5.2. Elaborar información específica sobre seguridad relacionada con los cuidados para la acogida de los profesionales de nueva incorporación.
- 7.9.5.3. Promover la realización de Jornadas, reuniones o sesiones sobre seguridad del paciente en enfermería.

#### **Objetivo Estratégico 7.9.6: Mejorar la seguridad en actuaciones específicas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.9.6.1. Elaborar recomendaciones para la actuación ante la parada cardiorrespiratoria.
- 7.9.6.2. Elaborar recomendaciones para la correcta disponibilidad de los equipos de resucitación.
- 7.9.6.3. Elaborar recomendaciones sobre la utilización adecuada de conexiones y tubos.

- 7.9.6.4. Elaborar recomendaciones de seguridad para preparar el alta de los pacientes.
- 7.9.6.5. Elaborar recomendaciones para pacientes y/o familiares sobre los autocuidados domiciliarios específicos posteriores al alta.
- 7.9.6.6. Elaborar recomendaciones para la administración adecuada de sangre y hemoderivados.



## 7.10. ENTORNOS DE ESPECIAL RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA

### Introducción

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 nuestra Comunidad se ha producido la normalización de la gestión de los riesgos sanitarios llevada a cabo por los miembros de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios y se ha desarrollado e implantado un sistema de notificación y de gestión de incidentes de seguridad sin daño y de errores de medicación (CISEMA-AP), vía Web para atención primaria, que ha permitido listar y caracterizar todos los riesgos identificados por los profesionales y agruparlos en función de los procesos a los que se asocian elaborando un mapa de riesgos en sus centros que ha permitido priorizar las áreas de actuación.

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.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

#### **Objetivo Estratégico 7.10.1:**

#### **Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en las consultas de los centros de salud**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.1.1. Disponer de acceso a la historia clínica informatizada en todos los puntos de atención de pacientes dentro de los centros de salud.
- 7.10.1.2. Elaborar e implantar un documento de recomendaciones sobre el almacenaje de medicación en los centros de salud.
- 7.10.1.3. Realizar un análisis sobre las interrupciones en consulta.
- 7.10.1.4. Elaborar y difundir una recomendación para tener un protocolo individualizado en cada centro de salud para la gestión de las interrupciones.

#### **Objetivo Estratégico 7.10.2:**

#### **Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el domicilio**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.2.1. Elaborar o actualizar en los centros de salud un procedimiento interno para la gestión de avisos domiciliarios para disminuir los incidentes relacionados con retrasos y errores.
- 7.10.2.2. Elaborar y difundir una lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad en la gestión de los botiquines caseros.

7.10.2.3. Implantar acciones relacionadas con la seguridad, en el seguimiento telefónico activo de pacientes y las visitas domiciliarias proactivas, de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid.

### **Objetivo Estratégico 7.10.3:**

#### **Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos con especial riesgo en atención primaria**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.3.1. Elaborar e implantar circuitos de derivación específicos con los hospitales de referencia que garanticen la continuidad asistencial en el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con antagonistas de la vitamina k (AVK).
- 7.10.3.2. Establecer medidas que faciliten a los profesionales sanitarios la monitorización de las complicaciones (hemorrágicas y tromboembólicas) de pacientes en tratamiento con AVK.
- 7.10.3.3. Elaborar e implantar medidas de seguridad para el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con los nuevos anticoagulantes orales (NACOS) en atención primaria.
- 7.10.3.4. Elaborar y difundir un protocolo de actuación para el paciente que inicia insulinización.
- 7.10.3.5. Difundir e implantar en los centros el documento sobre Inmunización segura en atención primaria.

### **Objetivo Estratégico 7.10.4:**

#### **Mejorar la seguridad del paciente en la gestión de pruebas diagnósticas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.10.4.1. Difundir e implantar el procedimiento normalizado de gestión de muestras biológicas en atención primaria.
- 7.10.4.2. Elaborar documentos que describan los circuitos de notificación de alertas relacionadas con resultados críticos desde los laboratorios de referencia hospitalaria a primaria.

- 7.10.4.3. Establecer en los centros de salud un circuito que sea conocido por los profesionales de comunicación de resultados urgentes en pruebas diagnósticas.
- 7.10.4.4. Establecer en los centros de salud un circuito de revisión de resultados de pruebas diagnósticas ante profesional de referencia ausente.
- 7.10.4.5. Elaborar y difundir una recomendación de seguridad sobre la revisión y utilización de aparatos de electromedicina en los centros de salud.



## 7.11. USO SEGURO MEDICAMENTO

### Introducción

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. Distintas organizaciones nacionales e internacionales trabajan para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, definiendo y promoviendo la implantación de prácticas seguras. Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso de utilización de los medicamentos, en el que participan diferentes colectivos, y en su mayoría se producen por múltiples fallos en el mismo, por lo que existen diversas posibilidades de prevenirlos y se necesita la participación y el esfuerzo de todos los implicados para lograr evitarlos.

El Servicio Madrileño de Salud ha desarrollado diferentes actuaciones para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos, orientadas a profesionales y pacientes, entre las que se encuentran el desarrollo de las medidas para reducir los errores de medicación debidos al uso de abreviaturas, mejorar la seguridad en relación a la utilización de soluciones de gran volumen o la conciliación de la medicación a nivel hospitalario.

También se ha fomentado la notificación de incidentes de seguridad y de errores de medicación por parte de los profesionales y, por ejemplo, como consecuencia del análisis interno de estos errores de medicación se han enviado notificaciones a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios o al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid, también se han elaborado hojas de recomendaciones a profesionales sanitarios y boletines mensuales a través del portal de uso seguro de medicamentos y productos sanitarios.

Como continuación de estas actuaciones es preciso seguir trabajando en la implantación de las recomendaciones para la estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos en la Comunidad de Madrid. También es necesario impulsar nuevas medidas tanto para reducir los errores asociados al uso de medicamentos de alto riesgo, como otros grupos de medicamentos y los asociados a la falta de conciliación de la medicación

entre niveles e intrahospitalaria. Otro gran reto es el análisis y la detección de posibles errores de medicación a partir de los sistemas de información hospitalarios.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 7.11.1: Disminuir los errores de medicación**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.1.1. Implementar las recomendaciones del uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos.
- 7.11.1.2. Mejorar la utilización de medicamentos de alto riesgo.
- 7.11.1.3. Implantar sistemas de identificación para mejorar la administración de medicamentos.
- 7.11.1.4. Promover la implantación de la lectura del código de barras en la dispensación de medicamentos.
- 7.11.1.5. Promover medidas para disminuir los errores de medicación en grupos de medicamentos en atención primaria (anticoagulantes, antidiabéticos y benzodiacepinas).

### **Objetivo Estratégico 7.11.2: Mejorar la identificación y el registro de interacciones, alergias e intolerancias a fármacos (incluidas RAM)**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.2.1. Normalizar la cumplimentación del apartado de alergias e intolerancias en las historias clínicas.
- 7.11.2.2. Incluir la cumplimentación obligatoria de alergias e intolerancias a medicamentos y alimentos (incluidas RAM) en los sistemas de información clínicos.
- 7.11.2.3. Elaborar información para profesionales relacionadas con las interacciones, alergias e intolerancias a fármacos (incluidas RAM).
- 7.11.2.4. Implementar sistemas “on-line” u “off-line”, que permitan la detección de interacciones.

### **Objetivo Estratégico 7.11.3:**

#### **Promover medidas de uso seguro relacionadas con la adherencia al tratamiento y la conciliación de la medicación.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.3.1. Desarrollar actuaciones, a partir del análisis de los errores de medicación, relacionadas con los problemas de conciliación de la medicación.
- 7.11.3.2. Diseñar actividades específicas dirigidas a pacientes relacionadas con la adherencia y la conciliación.
- 7.11.3.3. Promover la conciliación de medicación en los servicios de urgencia y al alta hospitalaria.
- 7.11.3.4. Promover la utilización de la hoja de medicación por los profesionales y el paciente para mejorar la información en la transición entre niveles asistenciales.

### **Objetivo Estratégico 7.11.4:**

#### **Promover medidas encaminadas a la utilización racional de antibióticos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.4.1. Implantar estrategias dirigidas a la concienciación de los profesionales de la utilización racional de antibióticos.
- 7.11.4.2. Implantar estrategias dirigidas a la concienciación de la población de la utilización racional de antibióticos.

### **Objetivo Estratégico 7.11.5:**

#### **Promover medidas de uso seguro de medicamentos en niños**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.5.1. Analizar los errores de medicación en niños.
- 7.11.5.2. Informar sobre los errores de medicación en niños en los informes mensuales de seguimiento de los errores de medicación.
- 7.11.5.3. Incluir una calculadora virtual de dosis de medicamentos en niños, accesible para el ciudadano desde el Portal de Medicamentos de la Comunidad de Madrid.

7.11.5.4. Elaborar protocolos generales de uso racional de antibióticos en colaboración con las unidades de pediatría de los hospitales.

#### **Objetivo Estratégico 7.11.6:**

##### **Promover medidas de uso seguro de medicamentos en mayores de 65 años**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.6.1. Analizar los errores de medicación en mayores de 65 años.
- 7.11.6.2. Informar sobre los errores de medicación en mayores de 65 años en los informes mensuales de seguimiento de los errores de medicación.
- 7.11.6.3. Desarrollar un programa de formación a los profesionales sanitarios de los centros socio-sanitarios sobre las normas de correcta administración de medicamentos.
- 7.11.6.4. Implantar un programa de disminución de la utilización de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 65 años.
- 7.11.6.5. Mejorar la utilización de medicamentos considerados de alto riesgo en pacientes mayores de 65 años (incluidos en la lista de medicamentos del Proyecto MARC) en colaboración con los profesionales de atención primaria.

#### **Objetivo Estratégico 7.11.7:**

##### **Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.11.7.1. Promover la implantación de sistemas de farmacovigilancia activa en los centros y servicios.
- 7.11.7.2. Elaborar boletines con recomendaciones de utilización para el paciente de los medicamentos que se entregan o se le prescriban en la sección de medicamentos extranjeros.
- 7.11.7.3. Implantar un circuito de suministro de antidotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.
- 7.11.7.4. Desarrollar y difundir información sobre los medicamentos de alto riesgo más frecuentemente utilizados (servicios de urgencia, hospitales y atención primaria).
- 7.11.7.5. Elaborar recomendaciones para la utilización adecuada de hemoderivados.



## 7.12. INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA

### Introducción

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IRAS) siguen siendo un problema importante en Europa, causando una elevada morbilidad, aumento de estancias hospitalarias y grandes costes para el propio paciente y para el sistema sanitario, representando una oportunidad de mejora en la calidad de la asistencia sanitaria.

En España, el estudio EPINE sobre prevalencia en hospitales, refleja que aproximadamente un 6% de los pacientes ingresados presenta alguna infección. Además, desde la perspectiva de seguridad del paciente también representan uno de los principales riesgos a los que se enfrentan los pacientes hospitalizados, y representan aproximadamente la cuarta parte de los eventos adversos registrados en el estudio ENEAS.

Aproximadamente la mitad de las IRAS se consideraban evitables por lo que las medidas de prevención y vigilancia constituyen elementos fundamentales para mejorar la seguridad del paciente, tanto mediante medidas universales como otras específicas según determinadas localizaciones. La medida más importante, de efectividad ampliamente demostrada, es la higiene de manos, aunque los estudios muestran un bajo cumplimiento y amplios márgenes de mejora.

Por otra parte, las localizaciones más frecuentes de estas infecciones son urinarias, quirúrgicas y respiratorias, en torno al 21% cada una y las bacteriemias en torno al 15%. Por esta razón, se hace necesario incluir medidas orientadas a la prevención de estas infecciones.

También existe una base científica, a partir de los resultados del estudio SENIC (Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control), que indica que la vigilancia es otro método eficaz para prevenir las infecciones nosocomiales. En la Comunidad de Madrid, en el año 2006 se creó el Sistema de Vigilancia y Control de la infección hospitalaria, en 2007 se puso en marcha el Registro Regional de Infección Hospitalaria de la Comunidad de Madrid (RIHOS) y en 2012 se implementó un sistema integral informatizado de vigilancia de infección de herida quirúrgica de determinados

procedimientos quirúrgicos de todos los hospitales de la Comunidad (VIRAS: Vigilancia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria).

Otros dos ejes de actuación prioritarios son el uso adecuado de antimicrobianos y la vigilancia y control de microorganismos multirresistentes, sobre los que se han desarrollado acciones que requieren continuidad e impulso en la presente estrategia, como la “Comisión central de prevención, vigilancia y control de las infecciones relacionadas con los cuidados en el Servicio Madrileño de Salud” o la puesta en marcha del Plan de Prevención y Control de enterobacterias productoras de carbapenemasas.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

#### **Objetivo Estratégico 7.12.1:**

##### **Impulsar la vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.1.1. Ampliar la vigilancia de procedimientos mediante el sistema VIRAS.
- 7.12.1.2. Impulsar la actividad de la Comisión central de prevención, vigilancia y control de las infecciones relacionadas con los cuidados en el Servicio Madrileño de Salud.
- 7.12.1.3. Mejorar la vigilancia de brotes relacionados con la asistencia.

#### **Objetivo Estratégico 7.12.2:**

##### **Mejorar la higiene de manos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.2.1. Impulsar el grupo coordinador de higiene de manos del Servicio Madrileño de Salud.
- 7.12.2.2. Elaborar y desplegar en los centros sanitarios un plan de acción para mejorar el cumplimiento de higiene de manos.
- 7.12.2.3. Evaluar la práctica de higiene de manos e incorporar las conclusiones del aprendizaje.

7.12.2.4. Establecer objetivos de mejora de higiene de manos entre los objetivos institucionales de los centros.

### **Objetivo Estratégico 7.12.3:**

#### **Promover la implantación de medidas para la prevención de infección del tracto urinario asociada a sondaje vesical**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.3.1. Realizar un análisis de situación de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical en los hospitales de la Comunidad de Madrid.
- 7.12.3.2. Incorporar la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical al sistema de vigilancia en los hospitales.
- 7.12.3.3. Elaborar recomendaciones sobre la prevención de la infección asociada al sondaje vesical.
- 7.12.3.4. Mejorar la información a profesionales y pacientes sobre la prevención de la ITU asociada a sondaje.

### **Objetivo Estratégico 7.12.4:**

#### **Mejorar la vigilancia y control de infecciones por microorganismos multiresistentes**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.12.4.1. Poner en marcha un Plan genérico de vigilancia y control de Microorganismos multiresistentes en la Comunidad de Madrid.
- 7.12.4.2. Desplegar las actuaciones del Plan de Prevención y Control de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).

## LÍNEA ESTRATÉGICA 8: EVITAR INTERVENCIONES INNECESARIAS

### Introducción

La implantación de prácticas seguras es una de las actuaciones primordiales para mejorar la seguridad del paciente en nuestras organizaciones. De forma complementaria, en los últimos años, se están desarrollando diferentes iniciativas y actuaciones para primero identificar, luego difundir y finalmente promover la no realización de prácticas que, o no aportan valor, e incluso pueden afectar de forma negativa a esta dimensión de la calidad asistencial.

En este sentido, existen diferentes iniciativas internacionales y nacionales cuyo objetivo es la detección de prácticas o intervenciones sanitarias no necesarias para limitar su utilización.

Cómo ejemplos relevantes podemos citar el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), organización independiente del *National Health Service*, que ha identificado prácticas clínicas que deben ser suspendidas o al menos no usadas de forma rutinaria (proyecto “*Do not do*”).

Junto a este proyecto, “*Choosing Wisely*” es una iniciativa de *ABIM Foundation* en EEUU, que tiene como objetivo promover conversaciones entre profesionales sanitarios y pacientes para ayudar a éstos a elegir los cuidados basados en la evidencia científica libres de daño y completamente necesarios, así como no duplicar pruebas o procedimientos. Diferentes profesionales han revisado pruebas o procedimientos comúnmente usados en su campo, cuya necesidad debería ser cuestionada o discutida. El resultado ha sido la lista denominada “*Things Providers and Patients Should Question*”.

En nuestro país, y con el objetivo de disminuir las intervenciones que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas, enmarcado en las actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha promovido el proyecto denominado: “Compromiso por la calidad de las Sociedades

Científicas”, al que se han adherido 39 Sociedades Científicas, que han comenzado a presentar recomendaciones priorizadas sobre prácticas que no se deberían hacer.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 8.1: Identificar prácticas innecesarias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.1.1. Crear un grupo de trabajo multidisciplinar, a nivel institucional, para promover la identificación de prácticas innecesarias.
- 8.1.2. Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación de prácticas innecesarias.
- 8.1.3. Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.

### **Objetivo Estratégico 8.2: Difundir información sobre prácticas innecesarias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.2.1. Proporcionar la información disponible a través del portal de seguridad.
- 8.2.2. Desarrollar jornadas o reuniones científicas para difundir las prácticas innecesarias.
- 8.2.3. Incluir las prácticas innecesarias en los programas formativos sobre seguridad del paciente.
- 8.2.4. Desarrollar actuaciones en colaboración con las unidades docentes para difundir la información disponible sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación.

**Objetivo Estratégico 8.3:****Desarrollar actuaciones organizativas para evitar o reducir las prácticas innecesarias**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.3.1. Promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.
- 8.3.2. Incluir objetivos institucionales sobre prácticas innecesarias.
- 8.3.3. Desarrollar actividades de formación y actualización orientados a los centros, en función de sus resultados.
- 8.3.4. Establecer alianzas con Sociedades o Asociaciones científicas para promover la identificación y difusión de las prácticas innecesarias.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 9: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN

### Introducción

La investigación es una herramienta fundamental para mejorar la seguridad del paciente. En este sentido, en diferentes iniciativas de organizaciones como la alianza mundial para la seguridad del paciente surgida en el año 2004 con objeto de impulsar, coordinar y difundir a nivel mundial, mejoras en materia de seguridad del paciente, estaba incluida como una de sus líneas fundamentales.

En el momento actual, la labor investigadora ha mantenido su importancia y manteniendo el ejemplo anterior, en el seno de la Organización Mundial de la Salud, existe un programa de investigación cuyo objetivo es facilitar la difusión y la utilización de datos provenientes de la investigación con la finalidad de prestar una atención sanitaria más segura.

Por tanto, la investigación tiene un valor especial y es un elemento imprescindible en la seguridad del paciente, constituyendo un pilar esencial dentro del desarrollo del sistema sanitario madrileño.

En este sentido, es fundamental promover y coordinar la investigación en esta materia y para conseguirlo, nuestra organización tiene un firme compromiso con la investigación de excelencia puesto que permite generar y difundir conocimiento científico y técnico, el cual se traduce a su vez en la prevención de eventos adversos.

Por todo lo anterior, la Consejería de Sanidad apuesta por la investigación, la innovación y la sanidad de vanguardia, y por este motivo viene trabajando y aunando esfuerzos para ser un referente en el mundo de la investigación biomédica, no sólo en España, sino también a nivel internacional.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 9.1:****Promover la investigación en seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.1.1. Definir en el ámbito de la Consejería de Sanidad, líneas de investigación prioritarias en materia de seguridad del paciente en coordinación con los centros de investigación.
- 9.1.2. Difundir las líneas de investigación prioritarias entre las distintas instancias competentes de la Consejería de Sanidad.

**Objetivo Estratégico 9.2:****Coordinar la investigación en seguridad del paciente desarrollada en la Comunidad de Madrid**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.2.1. Identificar grupos de investigación en seguridad del paciente en el ámbito del Servicio Madrileño de la Salud.
- 9.2.2. Establecer acciones dirigidas a lograr la coordinación en la investigación en seguridad del paciente, recopilando los resultados de la labor investigadora que se lleve a cabo en materia de seguridad del paciente en el seno de los centros asistenciales públicos de la Comunidad de Madrid.

**Objetivo Estratégico 9.3:****Difundir el conocimiento generado por los proyectos de investigación, contribuyendo a incrementar la cultura de seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.3.1. Divulgar los resultados de los proyectos de Investigación entre los profesionales sanitarios.
- 9.3.2. Transmitir, a nivel general, los resultados de los proyectos de Investigación.
- 9.3.3. Establecer un premio o reconocimiento anual a la mejor investigación en seguridad del paciente.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 10: FACILITAR LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

### Introducción

Un sistema sanitario debe tener la innovación, es decir, la transformación del conocimiento en valor, como una prioridad. Más aún cuando se trata de conseguir una asistencia sanitaria más segura.

No obstante, en nuestras organizaciones no es fácil aplicar diseños de otras reconocidas de alta fiabilidad como las centrales nucleares o el control del tráfico aéreo para los ciudadanos o los pasajeros. En un informe reciente de la *Joint Commission*, *Chassin* hacía notar que “descubrimos que la manera en la que las organizaciones altamente fiables generan y mantienen sus elevados niveles de seguridad no pueden aplicarse directamente a los hospitales actuales”.

El fin de la innovación junto con la mejora continua de los resultados, persigue la capacidad de valorizar el conocimiento, introduciendo la capacidad de obtener un retorno para las organizaciones

En concreto, para mejorar en esta materia debemos utilizar el conocimiento y la experiencia de los profesionales para desarrollar soluciones innovadoras que les ayuden a reaccionar lo más precozmente ante los problemas existentes o posibles de seguridad y que conduzcan a la transformación en una organización de alta fiabilidad y resiliencia en seguridad del paciente.

Las organizaciones sanitarias y en nuestro caso el Servicio Madrileño de Salud deben actuar como punto de encuentro de las iniciativas innovadoras y de los profesionales innovadores. En este sentido, su función debe ser de impulsar, apoyar, difundir y evaluar la innovación en seguridad del paciente.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 10.1:****Proporcionar el acceso a información relevante sobre innovación en seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.1.1. Establecer un espacio para informar sobre innovación en la intranet corporativa.
- 10.1.2. Fomentar la difusión de noticias/novedades.
- 10.1.3. Facilitar a los profesionales información periódica sobre los resultados y los logros obtenidos.
- 10.1.4. Realizar jornadas para difundir las innovaciones (por ejemplo la incubadora de ideas).

**Objetivo Estratégico 10.2:****Promover el desarrollo de la innovación**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.2.1. Desarrollar actividades de formación para promover la innovación en seguridad del paciente.
- 10.2.2. Promover la identificación de innovaciones relacionadas con la seguridad del paciente en el Servicio Madrileño de Salud y en los ámbitos nacional e internacional.
- 10.2.3. Crear un banco de innovaciones en seguridad del paciente.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 11: POTENCIAR LA FORMACIÓN

### Introducción

La formación en el ámbito sanitario tiene entre sus objetivos, la promoción de la creación y consolidación de una cultura de seguridad del paciente en todos los centros, que garantice la calidad de la asistencia prestada en los mismos por sus profesionales.

La formación se encuadra así dentro de una estrategia de gestión de conocimiento que debe coordinarse y alinearse fundamentalmente con otras líneas estratégicas orientadas a difundir el conocimiento científico y fomentar la investigación para apoyar, también, al desarrollo del resto de líneas que constituyen la estrategia de seguridad.

En los últimos años se ha venido realizando un considerable esfuerzo para lograr la formación de todos los profesionales que se han ido incorporando a estas tareas. Es el momento de afianzar y completar sus conocimientos, así como de potenciar la formación, promoviendo su accesibilidad a través de la intranet corporativa.

La consolidación de una cultura de seguridad se debe centrar en la actuación sobre 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.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

**Objetivo Estratégico 11.1:****Desarrollar formación en seguridad del paciente para los profesionales sanitarios**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.1.1. Diseñar un curso básico en seguridad del paciente, tanto en formato presencial como on-line.
- 11.1.2. Preparar píldoras o guías breves sobre los conceptos clave.
- 11.1.3. Organizar cursos específicos sobre proyectos o campañas institucionales.
- 11.1.4. Proporcionar a los profesionales un catálogo de la oferta formativa de otras entidades nacionales e internacionales.
- 11.1.5. Participar en las actuaciones de formación promovidas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 11.1.6. Diseñar el itinerario formativo en seguridad de pacientes para los profesionales sanitarios.
- 11.1.7. Incorporar nuevas metodologías formativas como las técnicas de simulación.

**Objetivo estratégico 11.2:****Consolidar la formación de los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios y de los Responsables de Seguridad a nivel de los Servicios**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.2.1. Realizar seminarios y sesiones de actualización de conocimientos sobre herramientas.
- 11.2.2. Desarrollar cursos de actualización on-line sobre gestión de riesgos sanitarios y seguridad en el uso del medicamento.
- 11.2.3. Diseñar píldoras formativas que aborden aspectos y metodologías concretas.
- 11.2.4. Organizar conferencias y videoconferencias con expertos.

### **Objetivo estratégico 11.3:**

#### **Facilitar la labor de los directivos como líderes de la seguridad del paciente en sus centros, por medio de la actualización de sus conocimientos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.3.1. Diseñar píldoras formativas en seguridad del paciente que aborden aspectos y metodologías concretas: rondas de seguridad, creación cultura, etc.
- 11.3.2. Organizar conferencias y jornadas de actualización y de presentación y reconocimiento de buenas prácticas.

### **Objetivo estratégico 11.4:**

#### **Facilitar el acceso de los profesionales a la formación**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.4.1. Incluir en la intranet corporativa un espacio específico sobre formación en Seguridad del Paciente.
- 11.4.2. Habilitar el acceso al campus virtual para la formación on-line desde el portal.
- 11.4.3. Facilitar el acceso desde el portal a contenidos didácticos (por ejemplo: guías, foros de discusión, etc.).

### **Objetivo estratégico 11.5:**

#### **Establecer los contenidos sobre seguridad del paciente para los profesionales sanitarios en formación**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.5.1. Crear un grupo de trabajo institucional para el diseño de actividades formativas.
- 11.5.2. Habilitar un apartado en el portal de formación para este colectivo y facilitar el acceso a los elementos comunes.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 12: DESARROLLAR LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### Introducción

Los sistemas de información sanitarios prestan servicio a múltiples usuarios y a una amplia variedad de objetivos, que pueden resumirse en generar información para la toma de decisiones a todos los niveles del sistema sanitario, para identificar problemas y necesidades, tomar decisiones basadas en la evidencia y optimizar la asignación de recursos.

Cuando se diseñan e implementan de forma adecuada, los sistemas de información sanitarios pueden contribuir a mejorar el desempeño de los profesionales sanitarios, la comunicación entre los profesionales y con el paciente y, en definitiva, la seguridad del paciente, si bien también representan una fuente potencial de riesgos.

Entre las diferentes contribuciones a la seguridad del paciente podemos destacar la mejora de información sobre riesgos, el uso de nuevas tecnologías y formas de comunicación y la notificación de incidentes de seguridad.

Mediante la información directa que los sistemas de información pueden proporcionar al profesional es posible mejorar su conocimiento de los riesgos en que incurre en la práctica sanitaria concreta que está efectuando en ese momento, las precauciones que debe adoptar y la forma más segura de llevarla a cabo.

Adicionalmente, el empleo de las modernas tecnologías de la información, como los portales, las redes 2.0 y los espacios de colaboración permiten a los profesionales compartir sus experiencias y publicar información accesible para otros profesionales sobre hechos y circunstancias que han originado incidentes de seguridad en experiencias anteriores, contribuyendo a mejorar los sistemas para evitar estos riesgos en el futuro.

Por otra parte los sistemas de información confieren la posibilidad de registrar y comunicar estos incidentes casi instantáneamente, haciendo posible la reducción del riesgo que entrañan e incluso la anticipación.

Dentro de esta línea estratégica se consideran los siguientes objetivos estratégicos:

### **Objetivo Estratégico 12.1:**

#### **Desarrollar un sistema de notificación de incidentes de seguridad unificado para el Servicio Madrileño de Salud**

Para llevar a cabo este objetivo se efectuarán las siguientes actuaciones:

- 12.1.1. Elaborar el sistema partiendo de la actual aplicación en funcionamiento CISEM-AP.
- 12.1.2. Integrar el sistema con la aplicación de Uso Seguro de Medicamentos.
- 12.1.3. Dotar al sistema de un medio de explotación de datos con una visión global que permita realizar un seguimiento del conjunto.
- 12.1.4. Pilotar y desplegar el sistema.
- 12.1.5. Evolucionar este sistema para adaptarlo a nuevas necesidades.

### **Objetivo Estratégico 12.2:**

#### **Mejorar el sistema de información de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (SIAUF)**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 12.2.1. Desarrollar nuevas prestaciones.
- 12.2.2. Dotar al sistema de un medio de explotación de la información cuantitativa.
- 12.2.3. Evolucionar SIAUF para adaptarlo a nuevas necesidades.

### **Objetivo Estratégico 12.3:**

#### **Evolucionar el "Portal de Seguridad"**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 12.3.1. Diseñar modificaciones y adaptaciones en el Portal de seguridad de la Intranet dedicado a los profesionales.
- 12.3.2. Diseñar una parte pública del Portal de seguridad en internet, con información de interés tanto para los ciudadanos como para profesionales.

12.3.3. Realizar una experiencia piloto de este portal previa a su despliegue.

12.3.4. Evolucionar el portal para adaptarlo a las nuevas necesidades.

#### **Objetivo Estratégico 12.4:**

#### **Mejorar la utilización de los sistemas de información para la identificación de riesgos**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

12.4.1. Incorporar en los sistemas de información alertas en pruebas diagnósticas patológicas para mejorar los circuitos de aviso, continuidad y seguimiento.

#### **Objetivo Estratégico 12.5:**

#### **Establecer un sistema de indicadores para la seguridad del paciente**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

12.5.1. Valorar los indicadores definidos en la estrategia de seguridad del paciente y proponer nuevos indicadores si procede.

12.5.2. Identificar las necesidades de información por destinatarios (Servicios centrales, centros sanitarios, profesionales, etc.).

12.5.3. Identificar las fuentes del sistema de información, (CMBD y otras) y valorar la necesidad de nuevas fuentes.

12.5.4. Definir los flujos de difusión y los accesos.

12.5.5. Identificar las herramientas necesarias y su puesta en funcionamiento.



# IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO

# Implantación y seguimiento

Los objetivos y actuaciones establecidas en las diferentes líneas estratégicas se desarrollarán desde el año 2015 al año 2020. Para su despliegue efectivo, el Servicio Madrileño de Salud contará con los siguientes elementos para su implantación y monitorización:

## I. Elementos de la organización para la implantación:

Los elementos de la organización para la implantación son los siguientes:

- Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios
- Comité operativo de seguridad del paciente
- Responsables de unidades directivas
- Herramientas de compromiso e incentivación
- Herramientas de comunicación y difusión

## II. Elementos de evaluación, seguimiento y aprendizaje:

Cómo elementos para realizar la monitorización y aprendizaje se utilizarán los siguientes:

- Indicadores
- Plan de acción
- Informes de seguimiento

A continuación se describen los elementos:

### I. IMPLANTACIÓN:

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación, se utilizarán las siguientes estructuras y herramientas:

- 1. Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios (ORRS)** que tiene entre sus funciones actuar como órgano de asesoramiento y consulta y proponer las bases fundamentales para el diseño de un Plan de gestión de riesgos. En este sentido,

en el pleno del ORGRS se ha presentado el enfoque estratégico, aprobando sus líneas generales y también desarrollará el seguimiento de su implantación en las diferentes reuniones que se produzcan en el período de vigencia.

**2. Comité Operativo de Seguridad del Paciente (CO)**, como estructura funcional de asesoramiento permanente de la Dirección General de Atención al Paciente, para impulsar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento de la estrategia.

El CO, que ya se constituyó para el seguimiento de la Estrategia 2010-2012, se renovará en 2015 con representantes de las unidades responsables de los diferentes objetivos y actuaciones, propuestos por la Dirección General de Atención al Paciente, que será la encargada de su coordinación.

Sus principales funciones son:

- Actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento de la ESP 2015-2020.
- Revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en la estrategia.
- Proponer modificaciones en el desarrollo de la estrategia.
- Aquellas otras funciones que determine el titular de la Dirección General de Atención al Paciente.

**3. Responsables del despliegue de los objetivos por Unidad Directiva**, con la función de liderar y coordinarlos con los participantes en el despliegue efectivo de las actividades de la estrategia se establecerán responsables de cada una de sus líneas y en su caso, de sus objetivos. En el supuesto de existir objetivos compartidos entre diferentes Unidades Directivas, se designará un responsable por cada una de ellas.

**4. Herramientas de compromiso e incentivación.** En los objetivos institucionales, a nivel de los centros y gerencias y el documento de objetivos internos a nivel de la Dirección General de Atención al Paciente como coordinadora de su implantación, se incluirán los que desarrollen esta estrategia de la siguiente forma:

- En los objetivos institucionales, de forma anual, se incluirán por parte de cada unidad directiva responsable, las actuaciones necesarias para implantar de forma efectiva esta estrategia. En este sentido su cumplimiento será un elemento a considerar en las posibles incentivaciones derivadas del compromiso de gestión.
- En cuanto a la Dirección General, de forma anual, se establecerán objetivos internos que incluirán tanto las actuaciones de su responsabilidad establecidas en este documento, como un análisis y revisión anual de su cumplimiento, estableciendo con el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios las modificaciones que se consideren oportunas para favorecer la implantación efectiva y el cumplimiento de sus diferentes líneas estratégicas.

**5. Comunicación y difusión:** Un elemento básico para la implantación efectiva de la estrategia es la comunicación y difusión de la misma, tanto a través de los equipos directivos y diferentes responsables y líderes relacionados con la seguridad del paciente, como a toda la organización:

- Comunicación directa a gerentes y responsables de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios de Atención Primaria, Hospitales y SUMMA 112, de la puesta en marcha y evaluación anual de los objetivos relacionados con la misma.
- Difusión a través de Intranet, en el Portal de Seguridad, e Internet, en espacios destinados a la Seguridad del Paciente en los que se incluirá la información relevante sobre la puesta en marcha y seguimiento de la estrategia.

## II. EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y APRENDIZAJE:

El seguimiento de las líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020 se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores que se establecerán por las Unidades Directivas para cada una y de los objetivos institucionales de los contratos programa con los centros asistenciales. En este sentido, con periodicidad

anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación, y en las que sea posible, de su efectividad.

El sistema de seguimiento se compone de los siguientes elementos:

- 1. Indicadores:** la evolución de los diferentes objetivos será monitorizada a través de indicadores que serán propuestos y desarrollados por las Unidades Directivas que sean responsables de cada una de las actuaciones establecidas.

En este sentido, cada unidad responsable elaborará una ficha para cada uno de los objetivos y actuaciones previstas en la estrategia, con la siguiente estructura:

- Línea estratégica
- Objetivo estratégico
- Actuación
- Nombre y descripción del Indicador
- Fórmula de cálculo y unidad de medida
- Observaciones

Junto con los indicadores, las unidades responsables deberán establecer un cronograma semestral para cada una de las sus actuaciones.

- 2. Plan de Acción:** estará conformado por el conjunto de fichas de seguimiento, en las que como acabamos de señalar se incluyen los objetivos, actuaciones y unidades responsables de puesta en marcha, así como los indicadores y el cronograma de implantación establecido por cada unidad directiva, para cada una de las líneas estratégicas.

El Plan de acción será revisado de forma anual, a partir de los resultados del seguimiento, con objeto de poder gestionar con mayor eficiencia los recursos destinados a la estrategia y establecer, si se consideran necesarios, nuevos objetivos o cambios en la definición y desarrollo de los ya existentes.

**3. Informes de seguimiento:** los avances de la estrategia de seguridad del paciente se incluirán en los siguientes tipos de informe:

- Informe anual de seguimiento: que incluirá el nivel de desarrollo de los objetivos estratégicos y las diferentes actuaciones para su consecución.

Cada unidad responsable remitirá a la Dirección General de Atención al Paciente un informe sobre el grado de consecución de sus objetivos.

La Dirección General de Atención al Paciente elaborará a su vez un informe, donde recogerá el grado de avance en la implantación de mejoras para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud y se presentará al Comité Operativo y al Pleno del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.

- Informes específicos de seguimiento: según establezcan los órganos de dirección del Servicio Madrileño de Salud, incluido el Observatorio, se realizarán este tipo de informes y en ellos se recogerá la evolución de los objetivos de la estrategia de mejora y las mejoras parciales que se vayan alcanzando.

# TABLA RESUMEN DE ACTIVIDADES



# Tabla resumen de actividades

136/180

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015-2020

## Línea estratégica 1: Consolidar la cultura de seguridad del paciente

### Objetivo Estratégico 1.1: Liderar el desarrollo y consolidación de la cultura de seguridad

- 1.1.1. Elaborar y difundir la política de seguridad del paciente.
- 1.1.2. Incluir objetivos de seguridad del paciente en los objetivos institucionales.
- 1.1.3. Realizar rondas de seguridad periódicas con líderes directivos y/o clínicos.
- 1.1.4. Desarrollar actividades de formación en seguridad del paciente a líderes clínicos y gestores.
- 1.1.5. Realizar mediciones periódicas de la cultura de seguridad.
- 1.1.6. Promover la adhesión a iniciativas nacionales e internacionales en seguridad del paciente.

### Objetivo Estratégico 1.2: Facilitar el acceso a información relevante sobre seguridad del paciente

- 1.2.1. Comunicar periódicamente a la organización el desarrollo de la estrategia.
- 1.2.2. Impulsar la inclusión de información sobre seguridad del paciente en la intranet corporativa.
- 1.2.3. Fomentar la difusión de noticias y novedades.
- 1.2.4. Información periódica a los profesionales de resultados de indicadores y logros obtenidos.

### Objetivo Estratégico 1.3: Identificar y difundir buenas prácticas para mejorar la seguridad del paciente

- 1.3.1. Elaborar un modelo de ficha para recoger las buenas prácticas.
- 1.3.2. Crear un banco de buenas prácticas.
- 1.3.3. Elaborar y divulgar actualizaciones bibliográficas periódicas sobre buenas prácticas.

### Objetivo Estratégico 1.4: Reconocer y difundir las actuaciones para mejorar la seguridad del paciente

- 1.4.1. Realizar jornadas sobre actuaciones de mejora de seguridad del paciente.
- 1.4.2. Establecer reconocimientos públicos de las actividades destacadas en seguridad del paciente.

## Línea estratégica 2: Desplegar la seguridad del paciente en la organización

### Objetivo Estratégico 2.1: Promover el compromiso por la seguridad de la organización

- 2.1.1. Promover el desarrollo y las actuaciones del Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios.
- 2.1.2. Exponer el compromiso institucional por la seguridad del paciente (política "no punitiva").
- 2.1.3. Consolidar y promover proyectos institucionales (identificación segura, higiene de manos).



**Objetivo Estratégico 2.2: Gestionar el riesgo en los centros y servicios sanitarios**

- 2.2.1. Promover elaboración de mapas de riesgo en los centros, comenzando por cuidados intensivos y urgencias.
- 2.2.2. Desarrollar e implantar sistemas de notificación de incidentes de seguridad homogéneos.
- 2.2.3. Herramientas para la gestión de incidentes (identificación causas e implicación de profesionales).
- 2.2.4. Herramientas para el seguimiento de la efectividad y eficiencia de las acciones de mejora.

**Objetivo estratégico 2.3: Promover el despliegue de la seguridad en la organización**

- 2.3.1. Desplegar responsables de seguridad del paciente: servicios/unidades/centros (designación, formación y apoyo, objetivos).
- 2.3.2. Consolidar UFGRS/Comisiones Seguridad (metodología, seguimiento y apoyo actuaciones).
- 2.3.3. Establecer objetivos institucionales anuales sobre seguridad del paciente:
  - Establecer objetivos anuales de Seguridad del Paciente para las gerencias.
  - Desplegar los objetivos de Seguridad del Paciente en los servicios, unidades o centros.
  - Evaluar cumplimiento de objetivos de seguridad periódicamente, devolviendo información.
  - Realizar un informe anual que refleje la actividad realizada y la evaluación de los objetivos.

**Objetivo estratégico 2.4: Fomentar una organización con alta capacidad de adaptación**

- 2.4.1. Promover el establecimiento de equipos para la gestión rápida de incidentes críticos de seguridad.

**Línea estratégica 3: Continuidad Asistencial**

**Objetivo Estratégico 3.1: Mejorar la transferencia de información entre ámbitos asistenciales**

- 3.1.1. Establecer canales formales y estructurados de transferencia de información:
  - Elaboración del informe al alta de enfermería.
  - Elaboración del Informe de continuidad de cuidados en pacientes susceptibles.
  - Promover la notificación del alta de puérperas y niños para la consulta en AP antes de las 72h.
  - Normalizar el modelo de comunicación del especialista consultor.
  - Promover informe de ingreso en pacientes susceptibles por perfil de riesgo/complejidad.
- 3.1.2. Desarrollar contenidos de HORUS, fomentar su uso. Acceso a profesionales de enfermería y otros.

**Objetivo Estratégico 3.2: Adecuar la derivación de pacientes entre ámbitos asistenciales**

- 3.2.1. Diseño de circuitos que faciliten la accesibilidad entre profesionales: e\_consult@
- 3.2.2. Fomentar canales implantados gestión citas preferentes, VPE y SM, criterios de alerta, nuevas indicaciones y utilidades.

**Línea estratégica 4: Implicar a pacientes, familiares y personas cuidadoras****Objetivo Estratégico 4.1: Mejorar la información y formación de pacientes, familiares y personas cuidadoras**

- 4.1.1. Realizar técnicas cuantitativas y/o cualitativas con pacientes, familiares y personas cuidadoras (necesidades, demandas o expectativas).
- 4.1.2. Desarrollar campaña informativa a ciudadanos sobre seguridad y Estrategia de Seguridad.
- 4.1.3. Incluir a los pacientes, familiares o personas cuidadoras en los foros, actividades y jornadas.
- 4.1.4. Establecer alianzas con asociaciones de pacientes para su implicación en la mejora de la seguridad.

**Objetivo Estratégico 4.2: Promover la participación activa del paciente, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del proceso asistencial**

- 4.2.1. Elaborar guía dirigida a pacientes, familiares y personas cuidadoras sobre seguridad del paciente.
- 4.2.2. Revisión, actualización y difusión consentimiento informado.

**Objetivo Estratégico 4.3: Utilizar las quejas y reclamaciones de los pacientes como instrumento para la identificación de riesgos**

- 4.3.1. Recomendación a centros sanitarios para que los Serv. de Información y Atención al Paciente y las Unid. de At. al Paciente se coordinen con las UFGRS (identificación de riesgos en quejas y reclamaciones).
- 4.3.2. Proporcionar información semestral, de los Servicios de Información y Atención al Paciente a las UFGRS de las reclamaciones.
- 4.3.3. Incluir acciones de mejora relativas a la seguridad del paciente en los objetivos institucionales.

**Objetivo Estratégico 4.4: Promover la información al paciente, los familiares o personas cuidadoras tras un evento adverso grave**

- 4.4.1. Elaborar una guía institucional sobre información al paciente tras un evento adverso grave.
- 4.4.2. Difundir y promover la implantación de la guía institucional.

**Línea estratégica 5: Difundir el conocimiento científico**

**Objetivo Estratégico 5.1: Consolidar la identificación y difusión del conocimiento**

- 5.1.1. Establecer grupo de expertos en revisiones bibliográficas sobre seguridad del paciente.
- 5.1.2. Elaborar un catálogo estructurado de documentos clave, disponible para los profesionales.
- 5.1.3. Fomentar sesiones sobre seguridad del paciente en los servicios, centros y/o unidades.
- 5.1.4. Actividades para promover la difusión del conocimiento ("semana de la seguridad del paciente").

**Objetivo Estratégico 5.2: Facilitar la accesibilidad al conocimiento científico a todos los profesionales del Servicio Madrileño de Salud**

- 5.2.1. Desarrollar los contenidos del portal de seguridad de la Intranet corporativa.
- 5.2.2. Elaborar información periódica en seguridad del paciente (boletines y otras novedades).
- 5.2.3. Fomentar elaboración de boletines en los centros para facilitar la participación.

**Objetivo Estratégico 5.3: Buscar alianzas con organizaciones comprometidas en la generación y/o difusión del conocimiento**

- 5.3.1. Catálogo de sociedades científicas madrileñas comprometidas con la Seguridad del Paciente.
- 5.3.2. Elaborar actuaciones para difundir el conocimiento científico con las Sociedades Científicas.
- 5.3.3. Alianzas con los medios de comunicación para divulgar conocimiento en seguridad del paciente.

**Línea estratégica 6: Comunicación y Transparencia**

**Objetivo Estratégico 6.1: Desarrollar las habilidades de comunicación efectiva y trabajo en equipo de los profesionales sanitarios**

- 6.1.1. Mejorar comunicación efectiva de los profesionales mediante herramientas SBAR y CAPS.
- 6.1.2. Definir y priorizar las áreas de mayor riesgo por problemas de comunicación.
- 6.1.3. Potenciar el trabajo en equipo y mejorar la actuación en situaciones críticas (simulación).

**Objetivo Estratégico 6.2: Definir la información estandarizada en las transferencias de cuidados**

- 6.2.1. Definir y priorizar las áreas de mayor riesgo en la transferencia de pacientes.
- 6.2.2. Diseñar e implantar formularios estandarizados (tipo SBAR o similares).
- 6.2.3. Promover herramientas que faciliten la comunicación directa entre profesionales (p.ej.: reuniones tipo *briefing*, *debriefing*, etc.).

**Objetivo Estratégico 6.3: Promover la identificación y gestión de incidentes centinela, eventos que nunca deben ocurrir ("never events") y/o eventos adversos graves**

- 6.3.1. Establecer un listado del Servicio Madrileño de Salud.
- 6.3.2. Elaborar recomendaciones para su gestión.

**Objetivo Estratégico 6.4: Establecer la información relevante sobre seguridad del paciente**

- 6.4.1. Identificar y elaborar la información institucional relevante sobre seguridad del paciente.
- 6.4.2. Divulgar las medidas adoptadas para mejorar la seguridad de los pacientes a toda la organización a través de boletines, alertas, sesiones.

**Objetivo Estratégico 6.5: Promover la transparencia en la organización**

- 6.5.1. Incluir indicadores de seguridad del paciente en el Observatorio de resultados.
- 6.5.2. Revisar y mejorar los indicadores de seguridad del paciente del Observatorio de resultados.

**Línea estratégica 7: Impulsar y desplegar prácticas seguras****7.1. Cirugía y Anestesia****Objetivo Estratégico 7.1.1: Consolidar la correcta implantación de la lista de verificación quirúrgica (LVQ)**

- 7.1.1.1. Constituir un grupo de expertos, a nivel institucional, para realizar un análisis de situación y proponer nuevas estrategias de implantación.
- 7.1.1.2. Desarrollar acciones de sensibilización y formación incorporando nuevas tecnologías.
- 7.1.1.3. Fomentar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

**Objetivo Estratégico 7.1.2: Minimizar el impacto de los eventos críticos en quirófano**

- 7.1.2.1. Fomentar implantación procedimientos comprobación-validación de los sistemas de anestesia.
- 7.1.2.2. Establecer un manual de actuación en situaciones críticas para el bloque quirúrgico.
- 7.1.2.3. Estimular adaptación en bloques quirúrgicos de recomendaciones de la declaración de Helsinki.
- 7.1.2.4. Fomentar la utilización del etiquetado de jeringas y medicación utilizada en anestesia de acuerdo a las instrucciones institucionales.
- 7.1.2.5. Constituir un grupo de expertos para desarrollar un procedimiento de prevención y actuación en caso de fuego en el quirófano.

**Objetivo Estratégico 7.1.3: Asegurar la continuidad en la atención en el periodo peri-operatorio**

- 7.1.3.1. Diseñar un modelo de ficha con la información básica que debe llegar a quirófano (captura de datos electrónica/papel).
- 7.1.3.2. Desarrollar listado para transmisión de información de paciente de quirófano a unidad post-anestésica o reanimación y desde éstas a planta.
- 7.1.3.3. Elaborar recomendaciones para seguimiento en planta del postoperatorio de pacientes ASA IV.

**Objetivo Estratégico 7.1.4: Prevenir la infección en cirugía**

- 7.1.4.1. Mejorar la higiene de manos en el quirófano.
- 7.1.4.2. Elaborar o revisar las recomendaciones institucionales sobre la profilaxis antibiótica quirúrgica.

**Objetivo Estratégico 7.1.5: Impulsar el funcionamiento adecuado del equipamiento de los Bloques Quirúrgicos**

- 7.1.5.1. Realizar un análisis de la situación.
- 7.1.5.2. Constituir un grupo de expertos para desarrollar recomendaciones para la gestión y mantenimiento de equipamiento electromédico.

**7.2. Urgencias y emergencias**

**Objetivo Estratégico 7.2.1: Mejorar la seguridad en urgencias y emergencias**

- 7.2.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (p. ej. mapas de riesgos en urgencias).
- 7.2.1.2. Establecer y monitorizar un listado de indicadores sobre seguridad del paciente en urgencias y emergencias
- 7.2.1.3. Elaborar información sobre seguridad del paciente para la acogida en urgencias y emergencias
- 7.2.1.4. Elaborar recomendaciones para el abordaje estandarizado de las patologías más prevalentes.

**Objetivo Estratégico 7.2.2: Mejorar la identificación del paciente en urgencias y emergencias**

- 7.2.2.1. Estudiar sistemas de identificación en emergencias, desarrollar recomendaciones sobre utilización.
- 7.2.2.2. Establecer recomendaciones para la correcta identificación de los pacientes.
- 7.2.2.3. Elaborar instrucciones para las situaciones de Incidentes con Múltiples Víctimas normalizadas para todos los Servicios de Urgencias.

**Objetivo Estratégico 7.2.3: Mejorar la información y su comunicación en la transferencia de pacientes en urgencias y emergencias**

- 7.2.3.1. Establecer y desplegar recomendaciones para la transferencia de pacientes entre turnos, servicios y niveles asistenciales.
- 7.2.3.2. Promover la realización de reuniones tipo *briefing* y *debriefing*.
- 7.2.3.3. Elaborar recomendaciones sobre la utilización de abreviaturas, siglas y símbolos no farmacológicos.
- 7.2.3.4. Difundir documento estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción de medicamentos.
- 7.2.3.5. Desarrollar recomendaciones sobre la cumplimentación de los informes de alta de urgencias.

**Objetivo Estratégico 7.2.4: Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas**

- 7.2.4.1. Revisar sistemas de clasificación de pacientes ("triaje"), elaborar recomendaciones de mejora.
- 7.2.4.2. Promover formación de profesionales en prevención y control de infecciones, higiene de manos, aislamiento de pacientes y uso racional de antibióticos.
- 7.2.4.3. Elaborar y difundir material informativo sobre la actuación en las patologías infecciosas que se atienden con mayor frecuencia.
- 7.2.4.4. Desarrollar y difundir información sobre efectos adversos, contraindicaciones, precauciones e interacciones de los medicamentos más utilizados.
- 7.2.4.5. Implantar criterios STOP y START en la urgencia en pacientes mayores de 65 aprovechando la oportunidad que brindan las nuevas tecnologías.
- 7.2.4.6. Establecer reuniones sistemáticas y/o canales rápidos de comunicación entre servicios de farmacia y servicios de urgencias y emergencias

**7.3. Pacientes Críticos****Objetivo Estratégico 7.3.1: Prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria**

- 7.3.1.1. Consolidar la implantación del proyecto "bacteriemia zero" para la prevención de las bacteriemias relacionadas con catéter venoso central.
- 7.3.1.2. Consolidar la implantación del proyecto "neumonía zero" para prevenir las neumonías asociadas a ventilación mecánica.
- 7.3.1.3. Desplegar el proyecto "resistencia zero" para prevenir la aparición de bacterias multirresistentes.
- 7.3.1.4. Desarrollar actuaciones para reducir las tasas de infección urinaria asociada a sondaje vesical.

<b>Objetivo Estratégico 7.3.2: Promover la evaluación de la seguridad en el paciente crítico</b>
7.3.2.1. Establecer un conjunto de indicadores para monitorizar la seguridad del paciente crítico.
7.3.2.1. Impulsar la utilización de los indicadores en las unidades del Servicio Madrileño de Salud.
<b>Objetivo Estratégico 7.3.3: Mejorar la comunicación entre los profesionales que proporcionan atención al paciente crítico</b>
7.3.3.1. Promover la realización de sesiones conjuntas personal médico-personal de enfermería.
7.3.3.2. Elaborar y difundir un listado de verificación diario de objetivos y cuidados.
<b>Objetivo Estratégico 7.3.4: Optimizar la seguridad del paciente en los cuidados de enfermería</b>
7.3.4.1. Elaborar e implantar un programa de prevención y cuidados de UPP en el paciente crítico.
7.3.4.2. Elaborar recomendaciones para reducir incidencia de agitación y delirio en los pacientes en UCI.
<b>Objetivo Estratégico 7.3.5: Fomentar la seguridad de los pacientes críticos/potencialmente críticos en el hospital ("UCI sin paredes")</b>
7.3.5.1. Elaborar recomendaciones para detectar precozmente pacientes potencialmente críticos no ingresados en UCI.
7.3.5.2. Promover medidas que favorezcan la intervención precoz en los pacientes potencialmente críticos no ingresado en UCI.
7.3.5.3. Recomendaciones para transición al alta de UCI de pacientes de alto riesgo y en situación de fragilidad fisiológica.

#### 7.4. Obstetricia y Ginecología

<b>Objetivo Estratégico 7.4.1: Promover la seguridad del paciente en obstetricia y ginecología</b>
7.4.1.1. Grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (p. ej. mapas de riesgo en paritorio).
7.4.1.2. Establecer un listado de indicadores sobre seguridad del paciente en obstetricia y ginecología.
7.4.1.3. Revisar de forma periódica los incidentes de seguridad.
<b>Objetivo Estratégico 7.4.2: Mejorar la seguridad en el seguimiento y control del embarazo, parto y puerperio</b>
7.4.2.1. Elaborar, difundir e implantar recomendaciones para el seguimiento y control del embarazo.
7.4.2.2. Promover la implantación de la estrategia de atención al parto normal del SNS.
7.4.2.3. Promover la utilización de listados de verificación del parto.
7.4.2.4. Protocolos para mejorar la atención de complicaciones evitables de embarazo y parto (p. ej. diabetes gestacional o hemorragia posparto).

#### Objetivo Estratégico 7.4.3: Mejorar la seguridad en la atención a los procesos ginecológicos y disminuir la variabilidad de la práctica clínica

- 7.4.3.1. Promover implantación del listado de verificación en quirófano, incluyendo área prequirúrgica.
- 7.4.3.2. Elaborar documento informativo para pacientes sobre evaluación y preparación prequirúrgica.
- 7.4.3.3. Elaborar recomendaciones institucionales sobre profilaxis antibiótica en ginecología.
- 7.4.3.4. Desarrollar un protocolo institucional para la prevención de la enfermedad tromboembólica en la cirugía ginecológica.

### 7.5. Pediatría

#### Objetivo Estratégico 7.5.1: Promover la seguridad en pediatría

- 7.5.1.1. Constituir un grupo de expertos para identificar áreas de mejora en seguridad del paciente (p. ej. mapas de riesgos en pediatría).
- 7.5.1.2. Mejorar la formación y la sensibilización sobre la seguridad del paciente en pediatría tanto a población general, como al personal sanitario.

#### Objetivo Estratégico 7.5.2: Controlar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en las unidades pediátricas

- 7.5.2.1. Elaborar recomendaciones para la prescripción del aislamiento de pacientes tanto en hospitalización como en urgencias.
- 7.5.2.2. Desarrollar material informativo para pacientes sobre las medidas de aislamiento.
- 7.5.2.3. Elaborar recomendaciones para el control de los juguetes en las salas de Pediatría.
- 7.5.2.4. Establecer recomendaciones específicas para el cuidado de vías umbilicales.

#### Objetivo Estratégico 7.5.3: Disminuir los errores de prescripción (incluidas alergias alimentarias)

- 7.5.3.1. Promover la especificación de la alimentación de los pacientes < 2 años en la pauta de dieta.
- 7.5.3.2. Recomendaciones sobre no tener muestras de productos alimentarios accesibles.
- 7.5.3.3. Establecer un sistema para la correcta identificación de la leche materna de cada paciente.
- 7.5.3.4. Promover el uso de calculadoras de dosis pediátricas.
- 7.5.3.5. Establecer un sistema de doble verificación para los medicamentos de alto riesgo en pediatría.
- 7.5.3.6. Desarrollar protocolos de uso de contrastes en pediatría y neonatología.



**Objetivo Estratégico 7.5.4: Desarrollar la formación al personal implicado en la atención pediátrica**

- 7.5.4.1. Recomendaciones de seguridad en planes de acogida para personal nuevo en unidades pediátricas (UCI neonatal y UCI pediátrica).
- 7.5.4.2. Desarrollar planes formativos específicos en seguridad del paciente.

**Objetivo Estratégico 7.5.5: Promover un entorno hospitalario físico seguro**

- 7.5.5.1. Elaborar y difundir recomendaciones sobre seguridad en cableado, enchufes, aparataje, mobiliario, etc.
- 7.5.5.2. Elaborar y difundir recomendaciones sobre el buen funcionamiento de las barreras protectoras de cunas y camas para personal y familiares.
- 7.5.5.3. Elaborar y difundir recomendaciones sobre condiciones de ruido, iluminación, y temperatura.

**7.6. Salud mental**

**Objetivo Estratégico 7.6.1: Mejorar la seguridad de los pacientes con riesgo suicida y su continuidad asistencial.**

- 7.6.1.1. Desplegar la prestación ARSUIC (Atención al Riesgo Suicida).
- 7.6.1.2. Desarrollar la evaluación de los programas piloto de prevención de suicidio.
- 7.6.1.3. Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de evaluación de riesgo suicida para pacientes atendidos en urgencias psiquiátricas.
- 7.6.1.4. Revisar y actualizar periódicamente el protocolo de prevención de conductas suicidas en las unidades de hospitalización psiquiátricas.
- 7.6.1.5. Difundir material informativo sobre la prevención del suicidio a pacientes y familiares.
- 7.6.1.6. Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida en atención primaria.

**Objetivo Estratégico 7.6.2: Mejorar la seguridad en la aplicación de medidas restrictivas.**

- 7.6.2.1. Revisar y actualizar periódicamente los protocolos de inmovilización terapéutica.
- 7.6.2.2. Desarrollar de un protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga.

**Objetivo Estratégico 7.6.3: Mejorar la seguridad en la atención a pacientes con trastorno mental grave.**

- 7.6.3.1. Promover la continuidad de cuidados.
- 7.6.3.2. Elaborar un protocolo de ingreso involuntario.
- 7.6.3.3. Desarrollar un protocolo de consentimiento informado y valoración de la capacidad.
- 7.6.3.4. Elaborar un protocolo de atención cardio-metabólica en pacientes con diagnóstico de psicosis.

## 7.7. Atención al Dolor

### Objetivo Estratégico 7.7.1: Mejorar la seguridad en la atención al dolor

- 7.7.1.1. Incluir la valoración del dolor en los objetivos institucionales.
- 7.7.1.2. Establecer que los centros dispongan de un protocolo de atención al dolor actualizado.
- 7.7.1.3. Identificar y difundir buenas prácticas/prácticas seguras sobre la atención al dolor en los centros.
- 7.7.1.4. Incluir contenidos de atención segura del dolor en planes de acogida de los centros sanitarios.
- 7.7.1.5. Desarrollar materiales informativos para mejorar la seguridad en la atención al dolor.

### Objetivo Estratégico 7.7.2: Prevenir la aparición de eventos adversos ligados al tratamiento del dolor

- 7.7.2.1. Desarrollar la coordinación entre las UFGRS y los comités del dolor para mejorar los riesgos relacionados con su tratamiento.
- 7.7.2.2. Establecer en los comités de dolor una línea estratégica de actuación anual centrada en la seguridad del tratamiento del dolor.
- 7.7.2.3. Recomendaciones/protocolos/listados de comprobación para mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos y técnicas analgésicas invasivas.
- 7.7.2.4. Promover inclusión de contenidos de seguridad del paciente en los cursos sobre atenc. al dolor.

### Objetivo Estratégico 7.7.3: Mejorar la continuidad asistencial en el tratamiento del dolor

- 7.7.3.1. Definir la información básica para mejorar la seguridad en las transiciones asistenciales de los pacientes con dolor.

## 7.8. Uso seguro de las radiaciones ionizantes

### Objetivo Estratégico 7.8.1: Promover la justificación de los procedimientos con radiaciones ionizantes.

- 7.8.1.1. Establecer grupos de trabajo para revisar/elaborar guías de indicaciones para justificar procedimientos.
- 7.8.1.2. Difundir y promover la implantación de las guías de indicaciones para justificar los procedimientos.
- 7.8.1.3. Elaborar protocolos de indicación de pruebas diagnósticas y mínima radiación en pacientes pediátricos

**Objetivo Estratégico 7.8.2: Mejorar la optimización de la dosis**

- 7.8.2.1. Grupos de trabajo para elaborar recomendaciones para maximizar el uso de las capacidades tecnológicas disponibles para reducir aún más las dosis.
- 7.8.2.2. Identificar y difundir buenas prácticas relacionadas con la optimización de dosis.
- 7.8.2.3. Promover la utilización de los registros de exposición del paciente en la historia clínica.

**Objetivo Estratégico 7.8.3: Fortalecer la cultura de seguridad sobre radiación ionizante**

- 7.8.3.1. Progresar en el despliegue de la seguridad clínica en los servicios que utilizan radiaciones ionizantes.
- 7.8.3.2. Elaborar y difundir información sobre riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes.

**7.9. Cuidados y técnicas de enfermería**

**Objetivo Estratégico 7.9.1: Promover el liderazgo**

- 7.9.1.1. Constituir un grupo de expertos en seguridad del paciente relacionada con los cuidados, en el Servicio Madrileño de Salud.
- 7.9.1.2. Desarrollar recomendaciones institucionales de seguridad relacionadas con los cuidados.

**Objetivo Estratégico 7.9.2: Desarrollar la monitorización homogénea de los pacientes**

- 7.9.2.1. Elaborar e implantar un sistema de monitorización unificado de las caídas en la organización.
- 7.9.2.2. Elaborar e implantar un sistema de monitorización unificado de la prevalencia y de la incidencia de úlceras por presión en la organización.

**Objetivo Estratégico 7.9.3: Promover la identificación inequívoca del paciente**

- 7.9.3.1. Realizar un análisis de situación.
- 7.9.3.2. Elaborar recomendaciones institucionales para la identificación inequívoca del paciente.
- 7.9.3.3. Elaborar recomendaciones para la identificación de las muestras biológicas.

**Objetivo Estratégico 7.9.4: Unificar los protocolos de actuación**

- 7.9.4.1. Promover el despliegue de los protocolos de seguridad elaborados por el grupo para la ordenación y normalización de los cuidados de enfermería.
- 7.9.4.2. Elaborar-monitorizar implantación de protocolo para manejo y cuidados de las sondas vesicales.
- 7.9.4.3. Elaborar-monitorizar implantación de protocolo para manejo y cuidados de las vías venosas.
- 7.9.4.4. Elaborar y monitorizar la implantación de un protocolo para la colocación, el manejo y los cuidados de las sondas nasogástricas.

**Objetivo Estratégico 7.9.5: Facilitar la formación en seguridad**

- 7.9.5.1. Desarrollar cursos específicos de formación (presencial y/o online) de seguridad relacionada con los cuidados.
- 7.9.5.2. Elaborar información específica sobre seguridad relacionada con los cuidados para la acogida de los profesionales de nueva incorporación.
- 7.9.5.3. Promover la realización de Jornadas, reuniones o sesiones sobre seguridad del paciente en enfermería.

**Objetivo Estratégico 7.9.6: Mejorar la seguridad en actuaciones específicas**

- 7.9.6.1. Elaborar recomendaciones para la actuación ante la parada cardiorrespiratoria.
- 7.9.6.2. Elaborar recomendaciones para la correcta disponibilidad de los equipos de resucitación.
- 7.9.6.3. Elaborar recomendaciones sobre la utilización adecuada de conexiones y tubos.
- 7.9.6.4. Elaborar recomendaciones de seguridad para preparar el alta de los pacientes.
- 7.9.6.5. Elaborar recomendaciones para pacientes y/o familiares sobre los autocuidados domiciliarios específicos posteriores al alta.
- 7.9.6.6. Elaborar recomendaciones para la administración adecuada de sangre y hemoderivados.

**7.10. Entornos de especial riesgo en Atención Primaria****Objetivo Estratégico 7.10.1: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en las consultas de los centros de salud**

- 7.10.1.1. Disponer de acceso a la historia clínica informatizada en todos los puntos de atención de pacientes dentro de los centros de salud.
- 7.10.1.2. Elaborar e implantar un documento de recomendaciones sobre el almacenaje de medicación en los centros de salud.
- 7.10.1.3. Realizar un análisis sobre las interrupciones en consulta.
- 7.10.1.4. Elaborar y difundir una recomendación para tener un protocolo individualizado en cada centro de salud para la gestión de las interrupciones.

**Objetivo Estratégico 7.10.2: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el domicilio**

- 7.10.2.1. Elaborar en centros de salud procedimiento para gestión avisos domiciliarios para disminuir incidentes relacionados con retrasos y errores.
- 7.10.2.2. Elaborar y difundir una lista de verificación dirigida a los profesionales para mejorar la seguridad en la gestión de los botiquines caseros.
- 7.10.2.3. Implantar acciones de seguridad, en seguimiento telefónico de pacientes y visitas domiciliarias de la Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas.

**Objetivo Estratégico 7.10.3: Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos con especial riesgo en atención primaria**

- 7.10.3.1. Elaborar e implantar circuitos de derivación específicos con hospitales de referencia para control y seguimiento de pacientes en tratamiento con AVK.
- 7.10.3.2. Establecer medidas de monitorización de las complicaciones (hemorrágicas y tromboembólicas) de pacientes en tratamiento con AVK.
- 7.10.3.3. Elaborar e implantar medidas de seguridad para el control y seguimiento de pacientes en tratamiento con los NACOS.
- 7.10.3.4. Elaborar y difundir un protocolo de actuación para el paciente que inicia insuliniización.
- 7.10.3.5. Difundir e implantar el documento sobre Inmunización segura en AP.

**Objetivo Estratégico 7.10.4: Mejorar la seguridad del paciente en la gestión de pruebas diagnósticas**

- 7.10.4.1. Difundir e implantar el procedimiento normalizado de gestión de muestras biológicas en atención primaria.
- 7.10.4.2. Elaborar documentos con circuitos de notificación de alertas por resultados críticos de laboratorios de referencia hospitalaria a primaria
- 7.10.4.3. Establecer circuito de comunicación de resultados urgentes en pruebas diagnósticas.
- 7.10.4.4. Establecer en los centros de salud un circuito de revisión de resultados de pruebas diagnósticas ante profesional de referencia ausente.
- 7.10.4.5. Elaborar y difundir una recomendación de seguridad sobre la revisión y utilización de aparatos de electromedicina en los centros de salud.

**LE. 7.11. Uso seguro medicamento**

**Objetivo Estratégico 7.11.1: Disminuir los errores de medicación**

- 7.11.1.1. Implementar recomendaciones del uso de abreviaturas, símbolos y expresiones en la prescripción y la administración de medicamentos.
- 7.11.1.2. Mejorar la utilización de medicamentos de alto riesgo.
- 7.11.1.3. Implantar sistemas de identificación para mejorar la administración de medicamentos.
- 7.11.1.4. Promover la implantación de la lectura del código de barras en la dispensación de medicamentos.
- 7.11.1.5. Promover medidas para disminuir errores de medicación en grupos de medicamentos en AP (anticoagulantes, antidiabéticos y benzodicepinas).

**Objetivo Estratégico 7.11.2: Mejorar la identificación y el registro de interacciones, alergias e intolerancias a fármacos (incluidas RAM)**

- 7.11.2.1. Normalizar la cumplimentación del apartado de alergias e intolerancias en las historias clínicas.
- 7.11.2.2. Incluir cumplimentación obligatoria de alergias e intolerancias a medicamentos y alimentos (incluidas RAM) en los sistemas de información clínicos.
- 7.11.2.3. Elaborar información para profesionales relacionadas con las interacciones, alergias e intolerancias a fármacos (incluidas RAM).
- 7.11.2.4. Implementar sistemas "on-line" u "off-line", que permitan la detección de interacciones.

**Objetivo Estratégico 7.11.3: Promover medidas de uso seguro relacionadas con la adherencia al tratamiento y la conciliación de la medicación.**

- 7.11.3.1. Desarrollar actuaciones, a partir del análisis de los errores de medicación, relacionadas con los problemas de conciliación de la medicación.
- 7.11.3.2. Diseñar actividades específicas a pacientes relacionadas con la adherencia y la conciliación.
- 7.11.3.3. Promover la conciliación de medicación en los servicios de urgencia y al alta hospitalaria.
- 7.11.3.4. Promover utilización de la hoja de medicación por profesionales y paciente para mejorar la información en la transición entre niveles asistenciales.

**Objetivo Estratégico 7.11.4: Promover medidas encaminadas a la utilización racional de antibióticos**

- 7.11.4.1. Implantar estrategias dirigidas a la concienciación de los profesionales de la utilización racional de antibióticos.
- 7.11.4.2. Implantar estrategias dirigidas a la concienciación de la población de la utilización racional de antibióticos.

**Objetivo Estratégico 7.11.5: Promover medidas de uso seguro de medicamentos en niños**

- 7.11.5.1. Analizar los errores de medicación en niños.
- 7.11.5.2. Informar sobre los errores de medicación en niños en los informes mensuales de seguimiento de los errores de medicación.
- 7.11.5.3. Incluir calculadora virtual de dosis en niños, accesible desde el Portal de Medicamentos.
- 7.11.5.4. Elaborar protocolos generales de uso racional de antibióticos en colaboración con las unidades de pediatría de los hospitales.

**Objetivo Estratégico 7.11.6: Promover medidas de uso seguro de medicamentos en mayores de 65 años**

- 7.11.6.1. Analizar los errores de medicación en mayores de 65 años.
- 7.11.6.2. Informar sobre los errores de medicación en mayores de 65 años en los informes mensuales de seguimiento de los errores de medicación.
- 7.11.6.3. Desarrollar formación a los profesionales sanitarios de los centros socio-sanitarios sobre las normas de correcta administración de medicamentos.
- 7.11.6.4. Implantar un programa de disminución de la utilización de medicamentos potencialmente inapropiados en mayores de 65 años.
- 7.11.6.5. Mejorar utilización de medicamentos de alto riesgo en >65 años (Proyecto MARC) con AP.

**Objetivo Estratégico 7.11.7: Mejorar la seguridad del paciente en situaciones específicas**

- 7.11.7.1. Promover la implantación de sistemas de farmacovigilancia activa en los centros y servicios.
- 7.11.7.2. Elaborar boletines con recomendaciones de utilización para el paciente de los medicamentos de la sección de medicamentos extranjeros.
- 7.11.7.3. Implantar un circuito de suministro de antídotos centralizado entre el SUMMA y los hospitales del Servicio Madrileño de Salud.
- 7.11.7.4. Desarrollar y difundir información sobre medicamentos de alto riesgo más frecuentes (servicios de urgencia, hospitales y AP).
- 7.11.7.5. Elaborar recomendaciones para la utilización adecuada de hemoderivados.

**7.12. Infección relacionada con la atención sanitaria**

**Objetivo Estratégico 7.12.1: Impulsar la vigilancia de la infección relacionada con la asistencia sanitaria**

- 7.12.1.1. Ampliar la vigilancia de procedimientos mediante el sistema VIRAS.
- 7.12.1.2. Impulsar la Comisión central de prevención, vigilancia y control de las infecciones relacionadas con los cuidados.
- 7.12.1.3. Mejorar la vigilancia de brotes relacionados con la asistencia.

**Objetivo Estratégico 7.12.2: Mejorar la higiene de manos**

- 7.12.2.1. Impulsar el grupo coordinador de higiene de manos del Servicio Madrileño de Salud.
- 7.12.2.2. Elaborar y desplegar en los centros sanitarios un plan de acción para mejorar el cumplimiento de higiene de manos.
- 7.12.2.3. Evaluar la práctica de higiene de manos e incorporar las conclusiones del aprendizaje.
- 7.12.2.4. Establecer objetivos de mejora de higiene de manos en los objetivos institucionales.

**Objetivo Estratégico 7.12.3: Promover la implantación de medidas para la prevención de infección del tracto urinario asociada a sondaje vesical**

- 7.12.3.1. Realizar un análisis de situación de la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical en los hospitales de la Comunidad de Madrid.
- 7.12.3.2. Incorporar la infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical al sistema de vigilancia en los hospitales.
- 7.12.3.3. Elaborar recomendaciones sobre la prevención de la infección asociada al sondaje vesical.
- 7.12.3.4. Mejorar información a profesionales-pacientes sobre prevención de la ITU asociada a sondaje.

**Objetivo Estratégico 7.12.4: Mejorar la vigilancia y control de infecciones por microorganismos multirresistentes**

- 7.12.4.1. Poner en marcha un Plan genérico de vigilancia y control de Microorganismos multirresistentes en la Comunidad de Madrid.
- 7.12.4.2. Desplegar las actuaciones del Plan de Prevención y Control de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC).

**Línea estratégica 8: Evitar intervenciones innecesarias****Objetivo Estratégico 8.1: Identificar prácticas innecesarias**

- 8.1.1. Crear un grupo de trabajo multidisciplinar, a nivel institucional, para promover la identificación de prácticas innecesarias.
- 8.1.2. Revisar periódicamente las iniciativas relacionadas con la identificación de prácticas innecesarias.
- 8.1.3. Promover la realización de revisiones de la literatura científica sobre prácticas innecesarias.

**Objetivo Estratégico 8.2: Difundir información sobre prácticas innecesarias**

- 8.2.1. Proporcionar la información disponible a través del portal de seguridad.
- 8.2.2. Desarrollar jornadas o reuniones científicas para difundir las prácticas innecesarias.
- 8.2.3. Incluir las prácticas innecesarias en los programas formativos sobre seguridad del paciente.
- 8.2.4. Colaboración con las unidades docentes para difundir la información disponible sobre prácticas innecesarias entre los profesionales en formación.



**Objetivo Estratégico 8.3: Desarrollar actuaciones organizativas para evitar o reducir las prácticas innecesarias**

- 8.3.1. Promover la adhesión a iniciativas nacionales y/o internacionales.
- 8.3.2. Incluir objetivos institucionales sobre prácticas innecesarias.
- 8.3.3. Desarrollar actividades de formación y actualización a los centros, en función de sus resultados.
- 8.3.4. Establecer alianzas con Sociedades o Asociaciones científicas para promover la identificación y difusión de las prácticas innecesarias.

**Línea estratégica 9: Fomentar la investigación**

**Objetivo Estratégico 9.1: Promover la investigación en seguridad del paciente**

- 9.1.1. Definir líneas de investigación prioritarias en materia de seguridad del paciente en coordinación con los centros de investigación.
- 9.1.2. Difundir las líneas de investigación prioritarias entre las distintas instancias competentes de la Consejería de Sanidad.

**Objetivo Estratégico 9.2: Coordinar la investigación en seguridad del paciente desarrollada en la Comunidad de Madrid**

- 9.2.1. Identificar grupos de investigación en seguridad del paciente en el Servicio Madrileño de la Salud.
- 9.2.2. Establecer acciones de coordinación en la investigación en seguridad del paciente, recopilando los resultados de la labor investigadora en seguridad del paciente en los centros asistenciales.

**Objetivo Estratégico 9.3: Difundir el conocimiento generado por los proyectos de investigación, contribuyendo a incrementar la cultura de seguridad del paciente**

- 9.3.1. Divulgar los resultados de los proyectos de Investigación entre los profesionales sanitarios.
- 9.3.2. Transmitir, a nivel general, los resultados de los proyectos de Investigación.
- 9.3.3. Establecer un premio o reconocimiento anual a la mejor investigación en seguridad del paciente.

**Línea estratégica 10: Facilitar la innovación tecnológica**

**Objetivo Estratégico 10.1: Proporcionar el acceso a información relevante sobre innovación en seguridad del paciente**

- 10.1.1. Establecer un espacio para informar sobre innovación en la intranet corporativa.
- 10.1.2. Fomentar la difusión de noticias/novedades.
- 10.1.3. Facilitar a los profesionales información periódica sobre los resultados y los logros obtenidos.
- 10.1.4. Realizar jornadas para difundir las innovaciones (por ejemplo la incubadora de ideas).

**Objetivo Estratégico 10.2: Promover el desarrollo de la innovación**

- 10.2.1. Desarrollar actividades de formación para promover la innovación en seguridad del paciente.
- 10.2.2. Promover la identificación de innovaciones en seguridad del paciente en los ámbitos nacional e internacional.
- 10.2.3. Crear un banco de innovaciones en seguridad del paciente.

**Línea estratégica 11: Potenciar la formación****Objetivo Estratégico 11.1: Desarrollar formación en seguridad del paciente para los profesionales sanitarios**

- 11.1.1. Diseñar un curso básico en seguridad del paciente, tanto en formato presencial como on-line.
- 11.1.2. Preparar píldoras o guías breves sobre los conceptos clave.
- 11.1.3. Organizar cursos específicos sobre proyectos o campañas institucionales.
- 11.1.4. Proporcionar a los profesionales un catálogo de la oferta formativa de otras entidades nacionales e internacionales.
- 11.1.5. Participar en actuaciones de formación promovidas por M<sup>o</sup> de Sanidad, Serv. Sociales e Igualdad.
- 11.1.6. Diseñar el itinerario formativo en seguridad de pacientes para los profesionales sanitarios.
- 11.1.7. Incorporar nuevas metodologías formativas como las técnicas de simulación.

**Objetivo estratégico 11.2: Consolidar la formación de los miembros de las UFGRS y de los Responsables de Seguridad a nivel de los Servicios**

- 11.2.1. Realizar seminarios y sesiones de actualización de conocimientos sobre herramientas.
- 11.2.2. Desarrollar cursos de actualización on-line sobre gestión de riesgos sanitarios y seguridad en el uso del medicamento.
- 11.2.3. Diseñar píldoras formativas que aborden aspectos y metodologías concretas.
- 11.2.4. Organizar conferencias y videoconferencias con expertos.

**Objetivo estratégico 11.3: Facilitar la labor de los directivos como líderes, por medio de la actualización de sus conocimientos**

- 11.3.1. Diseñar píldoras formativas en seguridad del paciente que aborden aspectos y metodologías concretas: rondas de seguridad, creación cultura, etc.
- 11.3.2. Organizar conferencias y jornadas de actualización y de presentación y reconocimiento de buenas prácticas.

**Objetivo estratégico 11.4: Facilitar el acceso de los profesionales a la formación**

- 11.4.1. Incluir en la intranet corporativa espacio específico sobre formación en Seguridad del Paciente.
- 11.4.2. Habilitar el acceso al campus virtual para la formación on-line desde el portal.
- 11.4.3. Facilitar acceso desde el portal a contenidos didácticos (p. ej.: guías, foros de discusión, etc.).

**Objetivo estratégico 11.5: Establecer los contenidos sobre seguridad del paciente para los profesionales sanitarios en formación**

- 11.5.1. Crear un grupo de trabajo institucional para el diseño de actividades formativas.
- 11.5.2. Habilitar un apartado en el portal de formación para este colectivo y facilitar el acceso a los elementos comunes.

**Línea estratégica 12: Desarrollar los sistemas de información**

**Objetivo Estratégico 12.1: Desarrollar un sistema de notificación de incidentes de seguridad unificado para el Servicio Madrileño de Salud**

- 12.1.1. Elaborar el sistema partiendo de la actual aplicación en funcionamiento CISEM-AP.
- 12.1.2. Integrar el sistema con la aplicación de Uso Seguro de Medicamentos.
- 12.1.3. Dotar al sistema de un medio de explotación de datos con una visión global que permita realizar un seguimiento del conjunto.
- 12.1.4. Pilotar y desplegar el sistema.
- 12.1.5. Evolucionar este sistema para adaptarlo a nuevas necesidades.

**Objetivo Estratégico 12.2: Mejorar el sistema de información de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios (SIAUF)**

- 12.2.1. Desarrollar nuevas prestaciones.
- 12.2.2. Dotar al sistema de un medio de explotación de la información cuantitativa.
- 12.2.3. Evolucionar SIAUF para adaptarlo a nuevas necesidades.

**Objetivo Estratégico 12.3: Evolucionar el "Portal de Seguridad"**

- 12.3.1. Diseñar modificaciones y adaptaciones en el Portal de seguridad de la Intranet dedicado a los profesionales.
- 12.3.2. Diseñar una parte pública del Portal de seguridad en internet, con información de interés tanto para los ciudadanos como para profesionales.
- 12.3.3. Realizar una experiencia piloto de este portal previa a su despliegue.
- 12.3.4. Evolucionar el portal para adaptarlo a las nuevas necesidades.

**Objetivo Estratégico 12.4: Mejorar utilización de sistemas de información para identificación de riesgos**

- 12.4.1. Incorporar en los sistemas de información alertas en pruebas diagnósticas patológicas para mejorar los circuitos de aviso, continuidad y seguimiento.

**Objetivo Estratégico 12.5: Establecer un sistema de indicadores para la seguridad del paciente**

- 12.5.1. Valorar los indicadores definidos en la estrategia de seguridad del paciente y proponer nuevos indicadores si procede.
- 12.5.2. Identificar las necesidades de información por destinatarios (Servicios centrales, centros sanitarios, profesionales, etc.).
- 12.5.3. Identificar las fuentes del sistema de información, (CMBD y otras) y valorar la necesidad de nuevas fuentes.
- 12.5.4. Definir los flujos de difusión y los accesos.
- 12.5.5. Identificar las herramientas necesarias y su puesta en funcionamiento.

# DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y PARTICIPANTES



# Dirección, coordinación y participantes

158/180

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015-2020

## Dirección

Zarco Rodríguez, Julio  
Pardo Hernández, Alberto

## Coordinación Técnica

Pardo Hernández, Alberto  
García Solano, Marta  
Albéniz Lizarraga, Carmen  
Navarro Royo, Cristina  
Ferrándiz Santos, Juan

## Coordinadores Grupos de Trabajo Líneas Estratégicas

Abad Revilla, Ángel. Subdirección de Información y Atención al Paciente  
Agud Fernández, María. H.U. 12 de Octubre  
Alguacil Pau, Ana Isabel. H.U. Clínico San Carlos  
Álvarez Rodríguez, Joaquín. H.U. de Fuenlabrada  
Alventosa Navarro, Marita. SG de Investigación Sanitaria  
Aranaz Andrés, Jesús María. H.U. Ramón y Cajal  
Astray Mochales, Jenaro. S de Promoción de la Salud y Prevención  
Bienzobas López, Cesar. DG de Sistemas de Información Sanitaria  
Calvo Alcántara, M<sup>º</sup> José. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
Cañada Dorado, Asunción. Dirección Técnica de Procesos y Calidad AP  
Carrasco González, Isabel. DG de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias  
Colomer Rosas, Asunción. SUMMA 112  
Cruz Martos, Encarna. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
Gómez-Arnau Díaz-Cañabate, Juan. H.U. Fundación Alcorcón  
Guerra Aguirre, Javier. H.U. Clínico San Carlos  
Hernández Aguado, Juan José. H.U. Infanta Leonor  
Llamas Nistal, Yolanda. DG de Sistemas de Información Sanitaria  
Luengo Alarcia, María Jesús. H.U. de Fuenlabrada  
Martín Delgado, María Cruz. H. U. Torrejón  
Martínez Mondejar, Belén. H.U. Severo Ochoa  
Mayol Martínez, Julio. H.U. Clínico San Carlos  
Morte Esteban, Susana. DG de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias

Navío Acosta, Mercedes. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental  
Perela Moreta, María José. Subdirección de Información y Atención al Paciente  
Petersen Guitarte, Guillermo. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental  
Pla Mestre, Rosa. H.G.U. Gregorio Marañón  
Rivero Martín, M<sup>a</sup> José. H.U. de Fuenlabrada  
Ruiz López, Pedro. H.U. 12 de Octubre  
Salazar De la Guerra, Rosa. H. Guadarrama  
Sánchez-Celaya Del Pozo, Marta. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria  
Santiago Sáez, Andrés. H.U. Clínico San Carlos  
Sebastián Viana, Tomás. H.U. de Fuenlabrada  
Serrano Balazote, Pablo. H.U. de Fuenlabrada  
Valentín López, Beatriz. Subdirección de Calidad  
Vicente Herrero, María. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria

### Participantes

Aibar Remón, Carlos. H.U. Lozano Blesa. Zaragoza  
Alonso Ovies, Ángela. H.U. de Fuenlabrada  
Álvarez Lerma, Francisco. H.U. Del Mar. Barcelona  
Álvarez León, Eva Elisa. H.U. Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria  
Andrade Rosa, Cristina. CS Los Castillos  
Ansede Cascudo, Juan Carlos. H.U. Infanta Leonor  
Aranguren Oyarzábal, Ainhoa. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
Aréjula Torres, Jose Luis. Dirección Técnica de Sistemas de Información AP  
Arévalo Pérez, Carmen. CS Mejorada del Campo  
Arias Rivera, Susana. H. U. Getafe  
Arranz Rementería, Carmen. SUMMA 112  
Asensio Martín, María José. H.U. La Paz  
Barreda Velázquez, Carlos. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria AP  
Bartolomé Benito, Elena. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Becerril Rojas, Beatriz. Dirección Técnica de Sistemas de Información AP  
Benito Alcalá, M<sup>a</sup> Carmen. H.G.U. Gregorio Marañón  
Besora Altés, Cristina. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria AP  
Bueno Cabanillas, Aurora. Universidad de Granada

Cantón Moreno, Rafael. H.U. Ramón y Cajal  
 Catalán González, Mercedes. H.U. 12 de Octubre  
 Chamarro Rubio, Sonia. H.U. Ramón y Cajal  
 Chico Fernández, Mario. H.U. 12 de Octubre  
 Compañ Rosique, Antonio. H. U. Sant Joan d'Alacant. San Juan de Alicante. Universidad Miguel Hernández  
 De Andrés de Colza, Rosa M<sup>a</sup>. Subdirección de gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales  
 De Calzada Rodenas, Pilar. H.G.U. Gregorio Marañón  
 De la Corte García, María. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
 Del Pozo García, Esteban. H. Dr. Rodríguez Lafora  
 Drake Canela, Mercedes. Dirección Técnica de Procesos y Calidad AP  
 García Gálvez, María del Mar. H.U. de Fuenlabrada  
 García Vázquez, Trinidad. CS Algete  
 Gea Velázquez de Castro, M<sup>a</sup> Teresa. H.U. Sant Joan d'Alacant. San Juan de Alicante. Universidad Miguel Hernández  
 Gil De Miguel, Ángel. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid  
 Giménez Manzorro, Álvaro. H.G.U. Gregorio Marañón  
 Gómez Pizarroso, Pilar. H.U. Ramón y Cajal  
 Gómez Carrasco, José Ángel. H.U. Príncipe de Asturias  
 Gómez Díaz, M<sup>a</sup> del Carmen. H.U. de Fuenlabrada  
 Gómez Lázaro, Ricardo. DG de Sistemas de Información Sanitaria  
 González Álvarez, Isabel. H. U. Sant Joan d'Alacant. San Juan de Alicante. Universidad Miguel Hernández  
 González Hernández, M<sup>a</sup> Auxiliadora. H.U. La Paz  
 González Revaldería, Joaquín. H.U. Getafe  
 González Sánchez, Pilar M<sup>a</sup>. H. Santa Cristina  
 Gordo Vidal, Federico Natalio. H.U. Henares  
 Hernández Jaras, M<sup>a</sup> Victoria. SUMMA 112  
 Hernández Pascual, Montserrat. Dirección Técnica de Sistemas de Información AP  
 Hernando De Larramendi Martínez, Carmen. H. Severo Ochoa  
 Izquierdo Palomares, José Manuel. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
 Jiménez Gómez, Carmen. Dirección Técnica de Procesos y Calidad AP  
 Jiménez Domínguez, Cristina. Dirección Técnica de Procesos y Calidad



Jurado Balbuena, Juan José. C.S. Alicante  
Las Heras Mosteiro, Julio. H.U. Ramón y Cajal  
Lázaro Tevar, M<sup>a</sup> Alejandra. SUMMA 112  
Limón Ramírez, Ramón. Hospital La Plana de Castellón  
Llorente Otones, Lucía. H.U. de Fuenlabrada  
López Centeno, Beatriz. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
López Fresneña, Nieves. H.U. Ramón y Cajal  
López Fernández, Mercedes. H.U. Ramón y Cajal  
López Gómez, Javier. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
López-Guerrero Almansa, Amparo. SUMMA 112  
López Pérez, Ana Esther. H.G.U. Gregorio Marañón  
Lorenzo Martínez, Susana. H. U. Fundación Alcorcón  
Martín Curto, Carmen. SUMMA 112  
Martínez Patiño, Dolores. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Martínez Vidal, Manuel. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención  
Mateos Rodilla, Juana. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Mediavilla Herrera, Inmaculada. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Miquel Gómez, Ana. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad AP  
Mira Solbes, Jose Joaquín. Universidad Miguel Hernández. Elche  
Moliner Lahoz, Javier. H. U. Lozano Blesa. Zaragoza  
Monedo Pérez, Olga. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Monfort Fernán, Fernando. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria AP  
Montserrat Capella, M<sup>a</sup> Dolors. H.U. Puerta de Hierro-Majadahonda  
Muñoz Romo, Raúl. SUMMA 112  
Múrua Petrobelly, M<sup>a</sup> Dolores. SUMMA 112  
Navia Roque, Juan. H.G.U. Gregorio Marañón  
Ojeda Feo, José Jonay. H.U. La Paz  
Olivera Cañadas, Guadalupe. Dirección Técnica de Procesos y Calidad  
Peiró Callizo, Enrique. Dirección de Asistencia Sanitaria. Osakidetza  
Pérez Hernández, Ana Isabel. CS Torreloz  
Pinar López, Óscar. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
Puente González, M<sup>a</sup> Dolores. H.G.U. Gregorio Marañón  
Ramírez Gil, Javier. H.U. La Paz  
Ramírez Puerta, Dulce. SG de Investigación Sanitaria

Rey Cuevas, Esther. H.U. Ramón y Cajal  
Rubio Flores, Julia. DG de Sistemas de Información Sanitaria  
Ruiz Ortega, Jose María. AEGRIS y Servicio Murciano de Salud. Murcia  
Sanz Sebastián, Cristina. Ministerio de Sanidad  
Seara Aguilar, Germán. H.U. Clínico San Carlos  
Serrano Bueno, Adolfo. DG de Sistemas de Información Sanitaria  
Taravilla Cerdán, Belén. SG Compras de Farmacia y Productos Sanitarios  
Tello Díaz, M<sup>ª</sup> Luisa. Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales AP  
Terol Gadea, Enrique. DG SANCO. Unit D2 Health Care Systems. Bruselas  
Tomey Soria, María Jesús. H.G.U. Gregorio Marañón  
Vázquez Valdés, Fernando. H.U. Central de Asturias y Facultad de Medicina. Oviedo  
Vázquez Castro, Jesús. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria AP

### **Apoyo administrativo**

Sánchez Rosado, Azucena  
González Muñoz, Sara  
Yagüe Paniagua, Esperanza

# BIBLIOGRAFÍA



## Bibliografía

- 59a Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. 2006. Recuperado a partir de: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC3/A59REC3\\_sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59REC3_sp.pdf)
- ABIM Foundation. Choosing Wisely. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2013/02/Choosing-Wisely-Master-List.pdf>. Consultada el 06/10/2014
- Accreditation Canada. Patient Safety Strategy Phase 3: Achieving Safe Care 2012-2014. Ottawa, ON: Accreditation Canada. 2012.
- Accreditation Canada. Safety in Canadian health care organizations: A focus on transitions in care and Required Organizational Practices. Ottawa, ON: Accreditation Canada. 2013.
- AENOR: Norma UNE 179003:2013. Servicios sanitarios. Gestión de Riesgos para la seguridad del paciente. [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 3]. Available from: [http://www.aenor.es/aenor/normas/normas/fichanorma.asp?tipo=N&codigo=N0051018#.UsZTX\\_mDIM](http://www.aenor.es/aenor/normas/normas/fichanorma.asp?tipo=N&codigo=N0051018#.UsZTX_mDIM)
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Distintivo Centros contra el Dolor. Accesible en [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/contraeldolor/descargas/Distintivo\\_Centros\\_contra\\_el\\_dolor.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/contraeldolor/descargas/Distintivo_Centros_contra_el_dolor.pdf)
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2008 [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. 2014. Disponible en <http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/docs/plan-estrategico-antibioticos.pdf>
- AHRQ Patient Safety Network. [citado 29/09/2014]. Recuperado a partir de: <http://psnet.ahrq.gov>

- AHRQ Patient Safety Network - Never Events. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=3>
- Aibar Remón, C, MD. Síntesis de conocimientos. El universo de la investigación en seguridad del paciente. Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Universidad de Zaragoza. Disponible en: [www.who.int/patientsafety/research/Sesion8.ppt](http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion8.ppt)
- American Academy of Pediatrics , Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. Pediatrics 2003;112(2):343-6.
- American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616-31.
- Aranaz-Andrés, JM, CA. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. Eur J Public Health. 2012; 22(6):921–5.
- Australian Commission on safety and Quality in Health Care. Australian Open Disclosure Framework. Better communication, a better way to care. 2013. Commonwealth of Australia. Disponible en: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/03/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.pdf>. (Consultado en febrero 2015)
- Baker DP, Gustafson S, Beaubien JM, Salas E, Barach P. Medical Team Training Programs in Health Care. Advances in Patient Safety vol. 4, AHRQ 2005.
- Bates DW, Cullen DJ, Laird N, Petersen LA, Small SD, Servi D, et ál. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events. JAMA 1995; 274:29-34
- Bergs J, Hellings, Cleemput I1, Zurel O, De Troyer V, Van Hiel M, Demeere JL, Claeys D and Vandijck D. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. BJS 2014; 101: 150–158.
- Bobes García J; Giner Ubago J; Saiz Ruiz J (Ed). Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela. Madrid 2011.
- Brickell TA, Nicholls TL., Procyshyn RM, McLean C, Dempster R J, Lavoie JA A, Sahlstrom KJ, Tomita TM, & Wang E. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety. Institute and Ontario Hospital Association. 2009.
- Brigid M. Gillespie BM, Chaboyer W, Thalib L, John M, Fairweather N, Slater K. Effect

- of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery. A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology* 2014; 120:1380-9
- Buchleitner AM1, Martínez-Alonso M, Hernández M, Solà I, Mauricio D. Perioperative glycaemic control for diabetic patients undergoing surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Sep 12; 9:CD007315. Doi: 10.1002/14651858.CD007315.pub2.
  - Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Safety in Canadian health care organizations: A focus on transitions in care and Required Organizational Practices 2013
  - Canadian Patient Safety Institute. Patient Safety Forward With Four. [citado 6 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/About/PatientSafetyForwardWith4/Pages/default.aspx>
  - Catalán A, Borrell F, Pons À, Amado E, Baena JM, Morales V. Seguridad del paciente en atención primaria: proyecto PREFASEG (PREscripción FARMacológica SEGura). *Med Clínica.* 2014 Jul;143, Supplement 1:32–35
  - Chassin M, Loeb JM, High reliability healthcare: getting there from here. *The Milbank Quarterly*, Vol. 91, No. 3, 2013 (pp. 459–490).
  - Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SKM, Simon TD, Srivastava R. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research Initiatives. *Pediatrics* 2011; 127: 529-539.
  - Comisión Europea. Informe de la Comisión al Consejo. Segundo Informe de la Comisión al Consejo sobre la aplicación de la Recomendación 2009/C 151/01 del Consejo, sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. 2014. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ec\\_2ndreport\\_ps\\_implementation\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_es.pdf)
  - Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas. [citado 20 de diciembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>
  - Comunidad de Madrid. Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid. 2010 [cited 2014 Jan 3]. Available from: <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?cdestado=P&nmnorma=6641&opcion=VerHtml>
  - Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. 2011. [http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada\\_Seguridad](http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Otros/Jornada_Seguridad)

[Paciente en Salud Mental/SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTION DE RIESGOS SANITARIOS EN SALUD MENTAL.pdf](#)

- Cuéllar Monreal MJ, Planells Herrero C, Hernández Fernández de las Rojas MD, García Cortés E, San Martín Ciges E, Poveda Andrés JL. Diseño de un módulo para la prevención de reacciones de hipersensibilidad en un sistema de prescripción electrónica asistida. *Farm Hosp*. 2005 Jul-Aug;29(4):241-9.
- Daniel R. Neuspiel and Melissa M. Taylor. Reducing the Risk of Harm From Medication Errors in Children. *Health Services Insights* 2013;6: 47-59.
- Darouiche RO, Wall MJ Jr., Itani KM, Otterson MF, Webb AL, Carrick MM, Miller HJ, Awad SS, Crosby CT, Mosier MC, Alsharif A, Berger DH. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. *N Engl J Med*. 2012. 362(1): 18–26.
- De Blas B, Laredo LM, Vargas E. Interacciones farmacológicas. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2004; 28: 1-11.
- De Cos, M. A. Interacciones de fármacos y sus implicaciones clínicas. Flórez J. *Farmacología Humana*. Ed. Masson, 2003, vol. 3, p. 165-76.
- Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2014. [citado 23 de febrero de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X14002236>
- De Nadal Clanchet M, Chocrón Da Prat I, Camps Cervantes A, Tormos Pérez P, Bosch Graupera C, Mesas Odáñez A. Cuidados postoperatorios incluyendo tratamiento del dolor. Recomendaciones para la elaboración de un protocolo *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2013; 60 (Supl 1):94-104.
- Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. 2011. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia\\_sp\\_sns\\_2005\\_2011.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf)
- DH/Patient Safety and Investigations. The “never events” list 2011/12. Recuperado a partir de: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215206/dh\\_132352.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215206/dh_132352.pdf)
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales

- españoles (2007-2011). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPS\\_MEDICAMENTOS\\_Corregido.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPS_MEDICAMENTOS_Corregido.pdf)
- Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Guía de práctica clínica de seguridad del paciente.pdf. [cited 2014 Oct 3]. Disponible en: [http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia\\_practica/Guxa\\_Prxttica\\_Seguridad\\_del\\_Paciente-2ed.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxttica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)
  - Estandarización de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y la administración de medicamentos de la Comunidad de Madrid [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2014. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DEstandarizaci%C3%B3n-de-abreviaturas-simbolos-y-expresiones-de-la-prescripci%C3%B3n-de-medicamentos.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859864114&ssbinary=true>
  - España. Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, 8 de febrero de 2014, no 34.
  - European Alliance against Depression. <http://www.eaad.net/>
  - European Commission. DG Health and Food Safety. Patient safety package. [Accedido el 29/09/2014]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/package\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/package_en.htm)
  - European Commission. Report from the Commission to the Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. 2012. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf)
  - European Regions enforcing action against suicide. EUROGENAS. <http://www.eurogenas.eu/wpcontent/uploads/2014/06/Directrices-Generales-para-la-Prevencion-del-Suicidio.pdf>
  - European Society of Radiology «EuroSafe Imaging Strategy and Call for Action». <http://www.eurosafeimaging.org/about/call-for-action>
  - Fernández-Gallardo AM. Interacciones en la prescripción de medicamentos. Resultados del programa de detección automatizada en el Servicio de Salud de



- Castilla-La Mancha. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (SESCAM), 2009 Vol.X, N°1.
- Fernández-Gallardo AM. Mejora de la seguridad en la prescripción de medicamentos. Resultados en pacientes del control de interacciones medicamentosas, alergias y del riesgo en embarazo. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha (SESCAM), 2011 Vol.XII, N°3.
  - Gallardo G. Protección radiológica en niños. Rev Pediatr Aten Primaria 2012; 14: 289-291.
  - Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Recomendaciones para la prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia en el medio extrahospitalario. 2006. [Cited 2014 Oct 3]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1829-2006.pdf>
  - Girona L, Juárez JC, Lalueza P. Interacciones farmacológicas: un reto profesional. Farm Hosp. 2014;38(3):151–153.
  - Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC Public Health 2011, 11:770.
  - Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/IHIGlobalTriggerToolWhitePaper.aspx>
  - Guía para la implantación de Programas de Conciliación de la Medicación en los Centros Sanitarios. Sociedad Catalana de Farmacia Clínica. Enero 2009.
  - Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Mar 2006; 32(3):167-175.
  - Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006;(1):354-360
  - Hampton T. Depression Care Effort Brings Dramatic Drop in Large HMO Population's Suicide Rate. JAMA, 2010; 303 (19): 1903-5.
  - Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, Herbosa T, Joseph S, Kibatala PL, Lapitan MC, Merry AF, Moorthy K, Reznick RK, Taylor B, Gawande AA; Safe Surgery Saves Lives Study Group: A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. N Engl J Med 2009; 360:491–9

- Health Quality & Safety Commission. Global Trigger Tools: A Review of the Evidence. Health Quality & Safety Commission. Wellington. 2013.
- Hines LE, Malone DC, Murphy JE. Recommendations for generating, evaluating, and implementing drug-drug interaction evidence. *Pharmacotherapy*. 2012 Apr;32(4):304–313.
- Hohl CM, Dankoff J, Colacone A. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med* 2001; 38: 666-671.
- Hughes R, Edgerton E. Reducing pediatric medication errors: children are especially at risk for medication errors. *Am J Nurs* 2005;105(5):82-5.
- International Atomic Energy Agency (IAEA) y WHO. «Bonn call for action. 10 Actions to Improve Radiation Protection in Medicine in the Next Decade». [http://www.who.int/ionizing\\_radiation/medical\\_exposure/bonncallforaction2014.pdf](http://www.who.int/ionizing_radiation/medical_exposure/bonncallforaction2014.pdf)
- James JT. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care: *J Patient Saf*. septiembre de 2013;9(3):122-8.
- Jose B, Dignon A. Is there a relationship between preoperative shaving (hair removal) and surgical site infection? *J Perioper Pract*. 2013; 23(1-2):22-5.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. 2009. <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>
- Kachalia A. Improving Patient Safety through Transparency. *N Engl J Med* 2013; 369: 1677-79.
- Kaplan RS, Norton DP. Cuadro de Mando Integral. Barcelona: Gestión 2000; 2002.
- Kamel C, McGahan L, Polisen J, Mierzwinski-Urban M, Embil JM. Preoperative skin antiseptic preparations for preventing surgical site infections: a systematic review. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012; 33(6):608-17
- Kamel C, McGahan L, Mierzwinski-Urban M, Embil J. Preoperative Skin Antiseptic Preparations and Application Techniques for Preventing Surgical Site Infections: A Systematic Review of the Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011 (Rapid Response Report: Systematic Review). 2011. Jun. [about. 68 p.]. [Cited 2014-11-Mar]. Available from: <http://www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/2773>

- Lawless S, Hossain J, Sharif I, Rappaport DI, Collins B, Koster A, Mercado A, Greenspan J. Implementing Medication Reconciliation in Outpatient Pediatrics. *Pediatrics* 2011; 128: e1600-1607.
- Lindsay E. Nicolle. Infection control programmes to control antimicrobial resistance Canadá WHO 2001. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.7 Disponible en: [http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/infection\\_control.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/infection_control.pdf) (Consultado en octubre 2014.).
- Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos- ISMP España; 2012. Recuperado a partir de: [http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos\\_alto\\_riesgo.pdf](http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos_alto_riesgo.pdf)
- Lo L. Teamwork and Communication in Healthcare. A literature review. Canadian Patient Safety Initiative, 2011.
- MacLaren J, McGrath P, Finley GA. Pain as neglected adverse event. *CMAJ* 2010; 182(7).
- Magro L, Moretti U, Leone R. Epidemiology and characteristics of adverse drug reactions caused by drug-drug interactions. *Expert Opin Drug Saf.* 2012 Jan;11(1):83–94.
- Mandel KE, Muething SE, Schoettker PJ, Kotagal UR. Transforming Safety and Effectiveness in Pediatric Hospital Care Locally and Nationally. *Pediatr Clin N Am* 56 (2009) 905–918.
- Martín-Sánchez FJ, Martínez Agüero M, Fernández Alonso C, González del Castillo J, González Armengol JJ. Carta al Director: Eventos adversos relacionados con la medicación en los ancianos atendidos en Urgencias. *Gac Sanit.* 2012; 26(6):585–587. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/eventos-adversos-relacionados-con-medicacion/articulo/S0213911112001069/-aff0005#aff0005>
- Marzolini C, Back D, Weber R, Furrer H, Cavassini M, Calmy A et al. Ageing with HIV: medication use and risk for potential drug–drug interactions. *J Antimicrob Chemother.* 2011 Jan 9;66(9):2107–2111.
- Medical Council of New Zealand. Disclosure of harm following an adverse event. 2010. <https://www.mcnz.org.nz/assets/News-and-Publications/Statements/Disclosure-of-harm.pdf>
- Mellin-Olsen J, Staebder S, Whitaker et al. The Helsinki Declaration on Patient Safety in Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2010; 25: 592-97.
- M. Espiau, M. Pujol, M. Campins-Martí, A.M. Planes, Y. Pena, J. Balcells y J. Roqueta.

- Incidencia de bacteriemia asociada a catéter venoso central en una unidad de cuidados intensivos. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 75(3):188—193.
- Meurer JR, Yang H, Guse CE, Scanlon MC, Layde PM and the Wisconsin Medical Injury Prevention Program Research Group. Medical injuries among hospitalized children. *Qual Saf Health Care* 2006; 15:202–207.
  - Ministerio Sanidad y Consumo. Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2007. Recuperado a partir de: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/Declaracion\\_Pacientes\\_SP.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/Declaracion_Pacientes_SP.pdf)
  - Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Calidad. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) - ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2006 [citado 16 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
  - Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas Seguras Simples. Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Informes, Estudios e Investigación 2008. Disponible en: en <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf> (Consultado septiembre, 2014).
  - Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid. 2009. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)
  - Ministerio de Sanidad y Política Social. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA. 2010. Madrid. [Internet]. [cited 2014 Oct 3]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>
  - Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad, 2012. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)
  - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud. 2009-2013. 2011. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

- Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Informe mayo, 2009. 2010 [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad 2010. [citado 16 de febrero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Universidad de Murcia. Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Resultados de medición de una muestra de Hospitales del SNS. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores\\_buenas\\_practicas\\_SP\\_Resultados\\_medicion\\_hospitales\\_SNS.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf) (Consultado octubre 2014).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_sccc.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_sccc.htm). Consultada el 24/02/2015
- Minnesota Dept. Of Health. Consumer Guide to Adverse Health Events. 2008.
- Moola S1, Lockwood C. Effectiveness of strategies for the management and/or prevention of hypothermia within the adult perioperative environment. Int J Evid Based Healthc. 2011 Dec; 9(4):337-45. Doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00227.x.
- National Institute for Health and Care Excellence. Do not do recommendations. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/> Consultada el 06/10/2014
- NPSA. Risk assessment-management. [cited 2014 Jul 7]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/risk-assessment-management/>
- NPSA. Risk matrix for risk managers. [cited 2014 Jul 7]. Available from: <http://www.npsa.nhs.uk/nrls/improvingpatientsafety/patient-safety-tools-and-guidance/risk-assessment-guides/risk-matrix-for-risk-managers/>
- National Patient Safety Goals. Joint Commission. [citado 6 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.jointcommission.org/standards\\_information/npsgs.aspx](http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx)
- National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare –2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF.; 2010. Recuperado a partir de: [http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_-\\_2010\\_Update.aspx](http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_-_2010_Update.aspx)

- National Quality Forum (NQF), Serious Reportable Events In Health - care—2011 Update: A Consensus Report, Washington, DC: NQF; 2011.
- Nemeth C, Cook R, Reliability versus resilience: what does healthcare need? Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting 2007;51:11 621-625).
- NHS England. Policy Directorate. Business Planning Team. NHS England's business plan 2014/15 – 2016/17: Putting Patients First. 2014. Recuperado a partir de: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/04/ppf-1415-1617-wa.pdf>
- NHS. National Patient Safety Agency. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Julio 2006 ©. [http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad\\_en\\_mente.pdf](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf)
- NHS. Patient Safety. Organisation Patient Safety Incident Reports. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/patient-safety-data/organisation-patient-safety-incident-reports/>. (Consultado en febrero 2015.)
- Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1354183538063](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063)
- OMS. La Investigación en Seguridad del Paciente. 2008. Disponible en [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1)
- OMS. Proyecto de plan de acción mundial contra la resistencia a los antimicrobianos. [citado 15 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/drugresistance/amr\\_global\\_action\\_plan/es/](http://www.who.int/drugresistance/amr_global_action_plan/es/)
- Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Shevnina N, Rojas Quero M, Báez Cabeza A, Pérez-Montaut Merino I. Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria. Emergencias. 2009;(21):415-421 Disponible en: [http://www.semes.org/revista/vol21\\_6/5.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_6/5.pdf) (Consultado agosto, 2014)
- Ortells Abuye, N.\*; Paguina Marcos, M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro Indicators of quality patient safety in emergency nursing: a safe value. Enferm. Glob. 2012; (11); 2; 19-26. En <http://hdl.handle.net/10201/27411> (Consultado en octubre 2014)
- P.A. Fuster Jorge, J. Fernández Sarabia, T. Delgado Melian, E. Doménech Martínez y A. Sierra López. Control de calidad en la infección nosocomial en la UCIP. An Pediatr (Barc). 2008; 69(1):39-45.

- Páez Vives R, Recha Sancho À, Altadill Amposta RM, Montaña Raduà N, Anadón Chortó M, Castells Salvadó F. Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. *Revista de Calidad Asistencial* 2010; 25 (5): 308-313.
- Pardo-Hernández A, Navarro-Royo C, Arguedas-Sanz R, Albeniz-Lizarraga C, Morón-Merchante J. Barreras y retos de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*. marzo de 2014;29(2):84-91.
- PaSQ Joint Action, European Union Network for Patient Safety and Quality of Care [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.pasq.eu/Project/PaSQLeaflet.aspx>
- Parienti, J.J., Thibon, P., Heller, R. et al. Hand-rubbing with an aqueous alcoholic solution vs tradicional surgical hand-scrubbing and 30- Day surgical site infection rates. A randomized Equivalency study. *JAMA* 2002; 288:722-727
- Pastó-Cardona L, Masuet-Aumatell C, Bara-Oliván B, Castro-Cels I, Clopés-Estela A, Páez-Vives F, Schönenberger-Arnaiz JA, Gorgas-Torner M y Codina-Jané C. Estudio de incidencia de los errores de medicación en los procesos de utilización del medicamento: prescripción, transcripción, validación, preparación, dispensación y administración en el ámbito hospitalario. *Farm Hosp*. 2009; 33(5):257-68.
- Patient Safety and Investigations. The «never events» list 2012/13. London: Department of Health; 2012. Recuperado a partir de: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215206/dh\\_132352.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215206/dh_132352.pdf)
- Patient Safety Domain. Provisional publication of never events reported as occurring between 1 April and 30 September 2014 [Internet]. London: NHS England; 2014. Recuperado a partir de: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/ne-prov-data-april-oct14.pdf>
- Pérez Lázaro JJ, Fernández Ruiz I, Tejedor Fernández M, Guerra de Hoyos JA, Jiménez Rodríguez M, de Pazzis Die M et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2013; 60: 204-214.
- Poon EG, Keohane CA, Yoon CS, et ál. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med* 2010;362(18):1698-707.
- Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Salamanca para la realización de actividades relativas a la mejora de la seguridad del

uso de los medicamentos en los hospitales españoles. Diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>

- Proyecto Bacteriemia Zero. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>
- Proyecto MARC. Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Recuperado a partir de: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf)
- Proyecto Neumonía Zero. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>
- Proyecto Resistencia Zero. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-resistencia-zero/>
- Ramírez E, Frías J, de la Puente M. Programa de farmacovigilancia hospitalaria por señales de laboratorio. Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid 2010; 17 (2). N° 2, mayo 2010.
- Required Organizational Practices Handbook 2014. Ottawa, ON: Accreditation Canada; 2013.
- Sánchez E, Arco Y. Revisión de las interacciones farmacológicas de los fármacos antineoplásicos orales dispensados en un servicio de farmacia. Farm Hosp. 2014 Aug;38(4):338–363.
- Saverno KR, Hines LE, Warholak TL, Grizzle AJ, Babits L, Clark C et al. Ability of pharmacy clinical decision-support software to alert users about clinically important drug-drug interactions. J Am Med Inform Assoc. 2011 Jan 1;18(1):32–37.
- Servicio Madrileño de Salud. Higiene de Manos. Manos Seguras. Estrategia de Despliegue en centros Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010.
- Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2010.
- Servicio Madrileño de Salud. Manual de indicadores de farmacia en Atención Primaria. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; Junio 2014.



- Servicio Madrileño de Salud. Medicamentos Potencialmente Inapropiados en Personas Mayores. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2014. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354337155930&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354337155930&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura)
- Servicio Madrileño de Salud. Plan Director de Mejora de la Utilización de Antimicrobianos de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad; 2008. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1142502679198&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439317794&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142502679198&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439317794&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003)
- Sentinel Event Policy and Procedures. Joint Commission. [citado 7 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://www.jointcommission.org/Sentinel\\_Event\\_Policy\\_and\\_Procedures/](http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/)
- Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico de Radiofísica y Protección Radiológica. Documento Interno no publicado.
- Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost P J et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review N° 211. AHRQ Publication No. 13 - E001 - EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. [www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html](http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html)
- Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost P et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices . Comparative Effectiveness Review No. 211 [Internet]. AHRQ-U.S. Department of Health and Human Services; 2013. Recuperado a partir de: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf>
- Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. Ann Intern Med. 5 de marzo de 2013;158(5 Pt 2):365-8.
- Siwek J, Lin KW. More ways to improve health and reduce harm: choosing wisely phase 3. Am Fam Physician. 2014; 89(5):329.
- Schmidt EM, Goldhaber-Fiebert SN, Ho LA, et al. Use of Simulation Exercises in Patient Safety Efforts. Evidence Report/Technology Assessment Chapter 38, Making health Care Safer II, AHRQ 2013.
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Recomendaciones para la mejora de

- la seguridad del paciente en centros sociosanitarios. SADECA. 2012. [cited 2014 Oct 3]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/SADECA - Resultados seguridad centros sociosanitarios.pdf>
- Sociedad española de medicina preventiva salud pública e higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Informe global de España. 2014; Available at: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE-EPPS2013%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
  - Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A, El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, 33 (Supl 1): 55-68) Disponible en: <http://thebooks.club/el-triaje-herramienta-fundamental-en-urgencias-y.html> (Consultado en septiembre 2014).
  - Steinberg JP, Braun BI, Hellinger WC, Kusek L, Bozikis MR, Bush AJ et al Timing of antimicrobial prophylaxis and the risk of surgical site infections: results from the trial to reduce antimicrobial prophylaxis errors. Ann Surg. 2009. 250(1):10–16
  - Tanner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD004122. DOI: 10.1002/14651858.CD004122.pub4.
  - Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004288. Doi: 10.1002/14651858.CD004288.pub2.
  - Tejedor Fernández M, Fernández Ruiz I, Gálvez Mateos R y Pérez Lázaro JJ. Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2011.
  - The Good Stewardship Working Group. The «top 5» lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. Arch Intern Med. 2011; 171(15):1385-90. doi:10.1001/archinternmed.2011.231.
  - The Joint Commission, Joint Commission International, World Health Organisation. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Comunicación durante el traspaso de pacientes. En Soluciones para la seguridad del paciente. Solución 3. WHO Suiza 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf> (Consultado en septiembre 2014).
  - The Joint Commission. Preventing Central Line–Associated Bloodstream Infections: A

- Global Challenge, a Global Perspective. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources, May 2012. <http://www.PreventingCLABSIs.pdf>
- The Joint Commission. «Sentinel Event Alert Issue 47. Radiation risks of diagnostic imaging». 2011. [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea\\_471.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea_471.pdf)
  - Thomas EJ. Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 647-50.
  - Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010; 22:415-28. Disponible desde: <http://www.semes.org/emergencias88/sumario.htm> [consultado en agosto 2014].
  - Tagni E, Casula M, Pieri V, Favato G, Marcobelli A, Trotta MG, et al. Prevalence of the Prescription of Potentially Interacting Drugs. *PLoS ONE*. 2013 Oct 11;8(10):e78827.
  - Treadwell JR, Lucas S. Surgery, Anaesthesia and Perioperative Medicine. Preoperative Checklists and Anesthesia Checklists. Making Healthcare Safer 2, Section C, Chapter 13, AHRQ 2013
  - Ucha Samartín M. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias Servicio de Farmacia. *Emergencias* 2012; 24:96-100. Disponible en: [file:///C:/Users/Manuel%20Arcadio/Downloads/Emergencias-2012\\_24\\_2\\_96-100.pdf](file:///C:/Users/Manuel%20Arcadio/Downloads/Emergencias-2012_24_2_96-100.pdf) (Consultado en Septiembre 2014).
  - Unión Europea. Decisión No 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de octubre de 2013 sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión No 2119/98/CE [Internet]. *Diario Oficial de la Unión Europea*; 2013. Recuperado a partir de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:293:0001:0015:ES:PDF>
  - Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of surgical safety checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med*. 2014 Mar; 370(11):1029-38.
  - Vallès-Fernández R, Morón-Besolí A, Franzi-Siso A, Real-Gatius J, Mariño-Hernández EL. ¿Cómo aumentar la implicación del paciente de urgencias en su tratamiento?: eficacia de unos pósters informativos. *Aten Primaria*. 2006 Apr 15;37(6):339-46.
  - WAA. To err is Human-IOM-1999. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; 2000.
  - Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J* 2014; 90: 149-54.

- WHO. London Declaration. Patients for Patient Safety WHO Patient Safety [Internet]. 2006. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/pfps\\_london\\_declaration\\_2010\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/pfps_london_declaration_2010_en.pdf?ua=1)
- WHO. Patient safety. [citado 6 de noviembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- WHO. The evolving threat of antimicrobial resistance. Options for action Executive Summary. Switzerland. 2012 WHO/IER/PSP/2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75389/1/WHO\\_IER\\_PSP\\_2012.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75389/1/WHO_IER_PSP_2012.2_eng.pdf) (Consultado en septiembre 2014).
- WHO. World Alliance for Patient safety. WHO Guidelines for Safe Surgery. 2009. [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/9789241598552/en/](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/)

En este documento se presenta la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud, elaborada de forma participativa por un amplio conjunto de profesionales, que para cumplir con su misión y alcanzar su visión, establece un conjunto de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones, a desarrollar en el periodo 2015-2020.



La Suma de Todos



Comunidad de Madrid

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