

MEMORIA

**UNIDAD FUNCIONAL DE
GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS**

AÑO 2015



**Hospital
Guadarrama**

COMUNIDAD DE MADRID

Edita: HOSPITAL GUADARRAMA. Consejería de Sanidad

Paseo Molino del Rey, 2

28440 Guadarrama – Madrid

Teléfono: 918562004

Fax: 918562057

Gerencia.hgua@salud.madrid.org

Soporte de edición: Archivo Electrónico

Expediente: 07-PU-00129.7/2016

Edición: JULIO 2016

MEMORIA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS AÑO 2015

TABLA DE CONTENIDO

✚	OBJETIVOS DE SEGURIDAD DERIVADOS DE LA S.G.C. AÑO 2015	3
✚	OBJETIVOS DE SEGURIDAD UNIDAD FUNCIONAL AÑO 2015	4
✚	ACCIONES DESARROLLADAS EN EL AÑO 2015	5
✚	INTEGRANTES DE LA UNIDAD FUNCIONAL	6
	ANEXO I INFORME DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES AÑO 2015.....	7
	ANEXO II MEMORIA DEL GRUPO DE TRABAJO DE HIGIENE DE MANOS AÑO 2015	8
	ANEXO III RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE BENZODIACEPINAS.....	12
	ANEXO IV INFORME DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS 2015	15
	ANEXO V PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SULFONILUREAS.....	17
	ANEXO VI PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS.....	17
	ANEXO VII ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD.....	18
	ANEXO VIII ESTUDIO DESCRIPTIVO; UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.....	22
	ANEXO IX RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA.....	29
	ANEXO X RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR.....	31
	ANEXO XI RECOMENDACIONES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS II	37
	ANEXO XII MEMORIA SERVICIO DE RADIOLOGÍA 2015.....	39

MEMORIA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS AÑO 2015

Durante el presente año hemos continuado cumpliendo los objetivos establecidos, tanto los propuestos en la Unidad Funcional como los derivados de la Subdirección General de Calidad. Los objetivos trabajados durante este ejercicio y el estado de las acciones abordadas es el siguiente:

OBJETIVOS DE SEGURIDAD DERIVADOS DE LA SGC AÑO 2015

OBJETIVOS		
INDICADOR	META	RESULTADO
Implantar 5 objetivos de seguridad: <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación del cumplimiento del sondaje vesical. Objetivo 90% ■ "Porcentaje de pacientes a los que se les revisa la medicación al ingreso por parte de enfermería. Objetivo 60%" ■ Elaborar listado de medicamentos de aspecto parecido. ■ "Mejora de la recogida de hemocultivos y muestras de orina" ■ "Implantar 6 recomendaciones compromiso por la calidad NO hacer" 	Al menos 5	Se han implantado 5 acciones de seguridad: <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación del cumplimiento de cuidados en el sondaje vesical, con un resultado de un 92%. ■ Revisión de la medicación de los pacientes en el ingreso por parte de la enfermera, con un resultado de un 83%. ■ Se han realizado mejoras en relación a los medicamentos de aspecto parecido, en total 7. ■ Mejora de la recogida de orina para cultivo, realizando 8 sesiones dirigidas a las enfermeras. ■ Mejora en el uso de las radiaciones ionizantes. Se dispone de informe, Anexo XII. ■ En relación al proyecto no hacer se han elaborado 6 mejoras que están reflejadas en los objetivos de la Unidad Funcional: <ul style="list-style-type: none"> ○ No prescribir IBP como gastroprotector en pacientes sin factores de riesgo de complicaciones gastrointestinales. SE HA REALIZADO EL ESTUDIO Y SE HA DIFUNDIDO EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 2015. ○ No utilizar sulfonilureas en el tratamiento de pacientes ancianos con insuficiencia renal. REALIZADO EL ESTUDIO Y SE HA DIFUNDIDO EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2015. ○ No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes. REALIZADO EL ESTUDIO Y SE HA DIFUNDIDO EN EL MES DE OCTUBRE DE 2015. ○ No usa benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en pacientes de edad avanzada. REALIZADO EL ESTUDIO Y SE HA DIFUNDIDO EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2015. ○ En pacientes con dificultad para mantener el sueño, no utilizar hipnóticos sin tener un diagnóstico etiológico previo. REALIZADO EL ESTUDIO Y SE HA DIFUNDIDO EN EL MES DE DICIEMBRE DE 2015.
Despliegue de los objetivos de seguridad del paciente en los servicios o unidades	80%	100%. Existen responsables en cada una de las 4 plantas de hospitalización, farmacia y sala de terapia.
Realizar 3 rondas de seguridad	3 rondas	6 rondas. Se han realizado rondas de seguridad en las 4 plantas de hospitalización, farmacia y sala de terapia.
Autoevaluación y planes de mejora de higiene de manos	Al menos 2 (1 de ellas de formación a profesionales)	Se remite la Autoevaluación. Las mejoras abordadas han sido formación en higiene de manos (23 talleres y 269 personas), formación en observación en higiene de manos (observación sobre el cumplimiento de higiene de manos en los tres

	de nueva incorporación)	turnos) y dotación de bioalcoholes en cada una de las camas de hospitalización.
--	-------------------------	---

OBJETIVOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL		
INDICADOR	META	RESULTADO
Actualizar procedimiento del funcionamiento de la Unidad		Alcanzado. Actualizado con fecha noviembre de 2015
Seguimiento y análisis de incidentes. Objetivo 30	30	Alcanzado. Hemos recibido 29 incidentes. Se han realizado 26 protocolos de Londres
Porcentaje de pacientes con informe médico y de enfermería al alta.	100%	Alcanzado. Con un resultado del 100%.
Realizar sesiones de seguridad	3	Alcanzado. Se han realizado 6 sesiones
Incidencia de Caídas	<10%	Alcanzado. Resultado global con un 6,70%
Número de pacientes vacunados		41
Número de trabajadores vacunados de la gripe		67
Incidencia de HCC	3,2%	Alcanzado. Resultado global con un 2,60%
Evaluación del procedimiento de tromboprofilaxis	98%	Alcanzado. Resultado global con un 100%
Elaborar recomendaciones sobre prescripción de fármacos	Realizarlas	Alcanzado. Octubre de 2015
Elaborar recomendaciones sobre administración de fármacos	Realizarlas	Alcanzado. Septiembre de 2015
Realizar una encuesta entre los profesionales sobre el nivel de seguridad del Hospital	Realizar encuesta	Alcanzado. Noviembre de 2015
Infección nosocomial	<10%	Alcanzado. Resultado global con un 7,24%
Cumplimiento del protocolo de sondaje vesical	≥90%	Alcanzado. Resultado global con un 92%
Revisión de la medicación al ingreso. Enfermera	≥60%	Alcanzado. Resultado global con un 83%
Mejorar las recogidas de los hemocultivos	Realizar sesiones	Alcanzado. 6 sesiones
HIGIENE DE MANOS		
Autoevaluación según la OMS	Realizada	Realizada y enviada
Cumplimiento protocolo de higiene de manos	70%	Alcanzado. Resultado global con un 78%
Acción de mejora de formación	Al menos 2 (1 de ellas de formación a los profesionales de nueva incorporación)	Las mejoras abordadas han sido formación en higiene de manos (23 talleres y 269 personas), formación en observación en higiene de manos (observación sobre el cumplimiento de higiene de manos en los tres turnos) y dotación de bioalcoholes en cada una de las camas de hospitalización.

Los objetivos planteados por la Subdirección General de Calidad se han cumplido en un 100%.

Los objetivos planteados por la Unidad Funcional se han cumplido en 100%.

ACCIONES DESARROLLADAS EN EL AÑO 2015

- ▶ La Unidad ha mantenido un total de 6 reuniones en el año.
- ▶ Desde el 7 de abril se modifica el registro de incidentes indicando el nombre de la persona que comunica.
- ▶ Se ha actualizado el procedimiento de funcionamiento de la Unidad, en noviembre de 2015.
- ▶ Se han elaborado recomendaciones sobre administración de fármacos.
- ▶ Se han elaborado recomendaciones sobre prescripción de fármacos.
- ▶ Se han elaborado recomendaciones sobre tratamiento farmacológico del dolor, proporcionado por el Comité para el Control del Dolor. Se adjunta en anexo.
- ▶ Con fecha 30 de noviembre participamos en el intercambio de prácticas de seguridad de los pacientes de la Unión Europea, que en nuestro país promueve el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (PaSQ National Points). Hemos aportado la práctica de Identificación de Pacientes y de la Unidad de Herida Cutánea del Hospital.
- ▶ Se han realizado dos análisis causa-raíz:
 - **Problema:** caída en rayos
 - **Problema:** falta de migración de una solicitud de tratamiento en logopedia
- ▶ Se han recogido un total de 29 incidentes, de ellos se han analizado 27.

Relacionados con	Número de incidentes	Resultado del análisis
Relacionados con la medicación, total 24	3 de carga de carros	Analizado protocolo de Londres
	1 paciente con deterioro de la deglución	Analizado protocolo de Londres
	2 errores en pautas	Analizado protocolo de Londres
	3 registro pixix	Analizado protocolo de Londres
	11 de administración de fármacos	Analizado protocolo de Londres
	1 de transcripción	Analizado protocolo de Londres
	1 de uso de clorhexidina	Analizado protocolo de Londres
	1 falta de comunicación de un permiso	Analizado protocolo de Londres
	1 de medicamento parecido	Analizado protocolo de Londres
Relacionado con los cuidados	1 caída de un paciente en rayos	Análisis causa-raíz
Relacionado con gestión organizativa/citas	1 Error en volcado de información en estado de dietas	Analizado protocolo de Londres
	1 Error en listado de pruebas pendientes	

Se han realizado 6 rondas de seguridad.

Las recomendaciones elaboradas relativas a la prescripción y administración farmacológica están disponibles en la intranet.

Las recomendaciones elaboradas para el manejo seguro de los fármacos utilizados para el control del dolor, han sido facilitadas por el Comité de Control del Dolor del Hospital.

Durante este año Rosa M^a Salazar de la Guerra, ha continuado participando con dos grupos de trabajo para revisión y actualización de la Estrategia de Seguridad del Servicio Madrileño de Salud y otro para promover el uso de herramientas de Calidad/Seguridad, Coordinado por la Dirección General de Atención al paciente.

ANEXOS

Anexo I	Informe de Identificación de pacientes año 2015
Anexo II	Memoria del Grupo de Trabajo de Higiene de Manos año 2015
Anexo III	Recomendaciones sobre el uso de benzodiazepinas
Anexo IV	Informe de seguimiento del Protocolo de tromboprofilaxis 2015
Anexo V	Pacientes en tratamiento con sulfonilureas
Anexo VI	Prescripciones inapropiadas
Anexo VII	Encuesta sobre seguridad
Anexo VIII	Estudio descriptivo; utilización de Inhibidores de la Bomba de Protones
Anexo IX	Recomendaciones para la correcta prescripción farmacológica
Anexo X	Recomendaciones de seguridad en el tratamiento farmacológico del dolor
Anexo XI	Recomendaciones en la administración de fármacos II
Anexo XII	Memoria servicio de Radiología 2015

INTEGRANTES DE LA UNIDAD FUNCIONAL

Durante el año 2015, ha dejado de formar parte de esta comisión Julia González Soria, a la que agradecemos expresamente la labor que siempre ha desarrollado en el seno de la misma y se han incorporado: José Antonio Espinosa (enfermero turno de tarde, Responsable de Seguridad 1^a planta), Manuel Ángel Pascual (enfermero turno de tarde, Responsable de Seguridad 4^a planta) y Nieves Blázquez (enfermera turno de tarde, Responsable de Seguridad 3^a planta) y M^a Jesús Labrador (Supervisora y Responsable de Seguridad 2^a planta) y Pedro Sánchez (Secretario de La Unidad Funcional).

La comisión ha estado formada por las siguientes personas:

Presidencia: Dirección Asistencial.

Dña. Rosa M^a Salazar de la Guerra, Directora de Enfermería y Coordinadora de calidad.

D. Santiago Alonso Corral, Director Médico.

Dña. María del Mar Alonso Martín, Jefe de Servicio.

Dña. Carmen Bernal García, Enfermera / Dña. Cristina Chacón Barcaítegui, Enfermera.

Dña. María Caballero Nahum, Fisioterapeuta y Responsable de Seguridad de Terapia.

Dña. M. Luz Sánchez Gregorio, Farmacéutica y Responsable de Seguridad de Farmacia.

Dr. Jesus Minaya Médico Geriatra URF.

D. José Antonio Espinosa, Enfermero turno de tarde, Responsable de Seguridad 1^a planta.

D. Manuel Ángel Pascual, Enfermero turno de tarde, Responsable de Seguridad 4^a planta.

Dña. Nieves Blázquez, Enfermera turno de tarde, Responsable de Seguridad 3^a planta.

Dña. M^a Jesús Labrador, Supervisora y Responsable de Seguridad 2^a planta.

D. Pedro Sánchez Arroyo, Secretario de La Unidad Funcional.

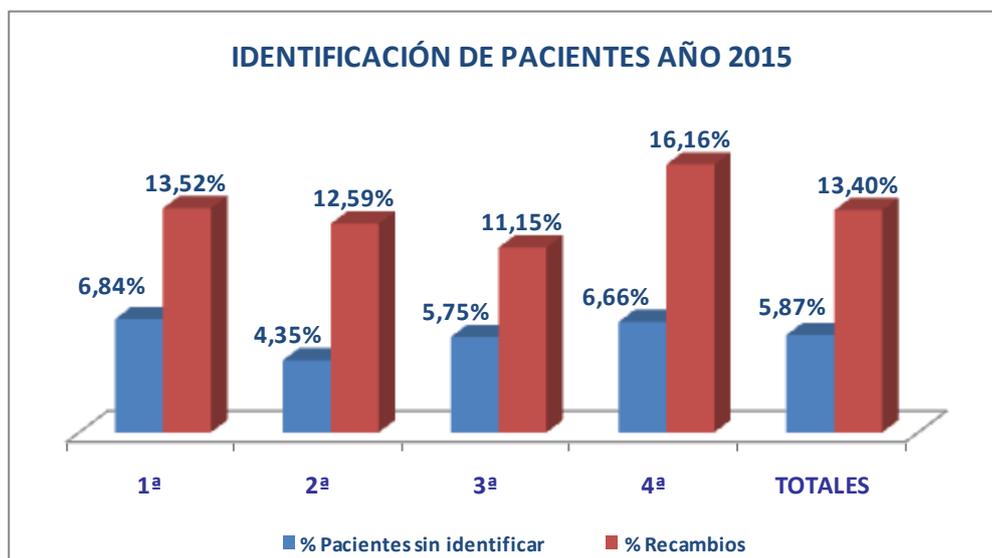
Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios

Diciembre de 2015

ANEXO I

INFORME DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES 2015

Durante el primer hemos continuado con las revisiones sistemáticas de la identificación de los pacientes, las revisiones son semanales, todos los miércoles el personal auxiliar de enfermería del turno de tarde realiza una comprobación de la pulsera de los pacientes, los datos alcanzados han sido los siguientes:



El 94,13% de los pacientes están correctamente identificados. La segunda planta es la que tiene mejores cifras, con un 95,65%. La cuarta planta ha sido la que ha necesitado mayor porcentaje de recambios con un 16,16%. El cumplimiento del procedimiento es muy alto y la sistemática de revisión de este procedimiento representa una buena práctica y contribuye a su implantación.

Rosa M^a Salazar de la Guerra

Directora de Enfermería

ANEXO II

MEMORIA GRUPO DE TRABAJO HIGIENE DE MANOS 2015

Desde el mes de julio el grupo promotor de Higiene de Manos del Hospital, ha crecido contamos con la colaboración Beatriz Parrón (enfermera turno de tarde), M^a Ángeles Pérez (enfermera turno de tarde) y Pedro Sánchez (Secretario del Grupo).

Durante el año 2015, desde el grupo promotor de Higiene de Manos, hemos trabajado las siguientes acciones:

▶ **FORMACIÓN EN LA OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS.**

Se acuerda que todos los miembros del grupo se formen en Observación de higiene de manos asistiendo al curso “ACREDITACIÓN DE OBSERVADORES DEL CUMPLIMIENTO DE HIGIENE MANOS SEGUN MODELO DE LA OMS”.

Han realizado el curso de observación de Higiene de Manos: Tersa Díaz-Zorita, Ángela Lozano, Amparo López, Manuel Ángel Pascual, Simón López y María Romero. Que son las personas encargadas de realizar la observación

▶ **OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS.**

Se ha realizado observaciones en la segunda semana de los meses de abril, junio, septiembre y noviembre. Con un cumplimiento global de un 78%, se adjunto informe.

▶ **FORMACIÓN EN HIGIENE DE MANOS.**

Se han realizado dos tandas de talleres, una correspondiente al primer semestre y otra en el segundo. Se han realizado un total de 23 talleres a las que han acudido 269 personas.

▶ **DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS.**

Se revisa el video del CDC para mejorar el uso de guantes en el hospital. Previamente a la proyección de este video el 4 de mayo, fue revisado por todos los miembros del grupo de trabajo.

El día 5 de mayo Manuel Ángel Pascual, hizo una revisión de toda la cartelería del Hospital, procediendo a sustituir los carteles que estaban en mal estado, así mismo se procedió a la distribución del cartel “MIS CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS. Cuidado de un paciente con sonda urinaria”.

▶ **REALIZAR ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS ENTRE EL PERSONAL SANITARIO.**

En el mes de mayo se realizó la encuesta sobre conocimiento sobre la Higiene de Manos de los profesionales sanitarios del Hospital.

▶ **MEJORA DE LA RECOGIDA DE HEMOCULTIVOS Y MUESTRAS DE ORINA.**

Entre los meses de marzo y abril se han realizado sesiones con las enfermeras de todas las plantas y turnos a cargo de las correspondientes supervisoras, repasando los procedimientos para la recogida de muestras de orina y hemocultivos.

▶ **CONCURSO DE BIOALCOHOLES.**

El grupo de trabajo ha participado activamente en la evaluación de la solución de bioalcohol para la Higiene de Manos.

▶ **AUTOEVALUACIÓN SEGÚN LA OMS.**

El 22 de julio se reúne el equipo de trabajo para realizar en conjunto el cuestionario de autoevaluación según la OMS.

▶ **CONSUMO DE SOLUCIÓN ALCOHÓLICA.**

Durante el año 2015 se han consumido 950 envases de 500 ml de solución alcohólica. Teniendo en cuenta que durante este año se han producido 40.515 estancias, el consumo de solución alcohólica por estancias de 11,72 ml.

Diciembre de 2015
Grupo Higiene de Manos

ANEXO: OBSERVACIÓN DE HIGIENE DE MANOS AÑO 2015

Durante el año 2015 se han realizado observación de higiene de manos en las diferentes plantas:

Las personas que han realizado las observaciones han sido: Manuel Ángel Pascual (turno de tarde) María Romero y Simón López (turno de noche), Teresa Díaz-Zorita en la 1ª y 3ª planta, Montserrat Rodríguez en la 2ª planta y Ángela Lozano Menor en 4ª planta.

Los datos son los siguientes:

OBSERVACIÓN HIGIENE DE MANOS AÑO 2014					
Profesional observado	Oportunidades	Indicación/veces	Veces	Acción	
Auxiliares Enfermería 37 PERSONAS	68	Antes del contacto	16	FM	55
		Antes de la Técnica	2	LM	5
		Después del contacto fluidos	8	Ninguna	16
		Después del contacto con paciente	27		
		Después de contacto entorno	15		
Enfermeras 37 PERSONAS	124	Antes del contacto	39	FM	69
		Antes de la Técnica	22	LM	14
		Después del contacto fluidos	11	Ninguna	20
		Después del contacto con paciente	32		
		Después de contacto entorno	20		
Médicos 3 PERSONAS	5	Antes del contacto	3	FM	3
		Antes de la Técnica	0	LM	0
		Después del contacto fluidos	0	Ninguna	1
		Después del contacto con paciente	2		
		Después de contacto entorno	0		
Celador 2 PERSONA	11	Antes del contacto	5	FM	7
		Antes de la Técnica	0	LM	0
		Después del contacto fluidos	0	Ninguna	4
		Después del contacto con paciente	1		
		Después de contacto entorno	5		
Otros 4 PERSONAS	7	Antes del contacto	2	FM	3
		Antes de la Técnica	0	LM	0
		Después del contacto fluidos	1	Ninguna	4
		Después del contacto con paciente	2		
		Después de contacto entorno	2		
Terapeutas 5 PERSONAS	23	Antes del contacto	10	FM	0
		Antes de la Técnica	0	LM	15
		Después del contacto fluidos	0	Ninguna	8
		Después del contacto con paciente	9		

		Después de contacto entorno	17		
--	--	-----------------------------	----	--	--

En total se han observado **238** oportunidades de realizar la higiene de manos.

El cumplimiento ha sido:

- Las enfermeras han tenido **124** oportunidades y se han lavado **104** de ellas, el cumplimiento ha sido de un **84%**.
- Las auxiliares de Enfermería han tenido **68** oportunidades y se han lavado **52** de ellas, el cumplimiento ha sido de un **76%**.
- Los médicos han tenido **5** oportunidades y se han lavado **4** de ellas, el cumplimiento es de un **80%**.
- Los celadores han tenido **11** oportunidades y se ha lavado **7** de ellas, el cumplimiento es de un **64%**.
- Otras personas observadas han tenido **7** oportunidades y se han lavado **3** de ellas, el cumplimiento es del **43%**.
- Los terapeutas han tenido **23** oportunidades y se ha lavado **15** de ellas, el cumplimiento es de un **65%**.

En términos globales de **238** oportunidades la Higiene de Manos se ha realizado en **185** ocasiones, un **78%**.

Rosa M^a Salazar de la Guerra

20 de enero de 2016

ANEXO III

RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE BENZODIACEPINAS

- No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirium en personas de edad avanzada.
- En pacientes con dificultad para mantener el sueño no utilizar hipnóticos sin tener diagnóstico etiológico previo.

Introducción:

Las **benzodiazepinas** actúan sobre el receptor gamma amino butírico en el sistema nervioso central. Se clasifican según su vida media, determinada esencialmente por su liposolubilidad y por la presencia o ausencia de metabolitos activos. **Diazepam y flurazepam** son muy liposolubles, frente a **lorazepam y oxazepam** (no comercializada en España) que presentan una vida media mucho más corta (inferior a las 8 horas) y menores depósitos, por lo que el riesgo de acumulación es inferior. Los efectos adversos asociados con su uso incluyen **sedación excesiva, dependencia, alteraciones cognitivas y mayor riesgo de caídas**. No parece haber razón alguna que justifique el uso de benzodiazepinas de acción prolongada; cuando esta clase de drogas está indicada, deben seleccionarse fármacos menos liposolubles, sin metabólicos activos. Deben indicarse en bajas dosis y durante periodos cortos.

Según los criterios STOPP:

No usar Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de **sedación prolongada, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico**; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 4 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia).

Por otro lado, el **insomnio representa el trastorno del sueño más frecuente en el anciano y los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente mayor** en todos los estudios recientes.

Las benzodiazepinas son el tratamiento farmacológico de elección en el insomnio cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes. Están contraindicadas cuando el insomnio se asocia a apnea del sueño, depresión marcada y abuso de alcohol o fármacos. Son especialmente útiles en insomnio agudo de corta duración, pero no hay información sobre su eficacia a largo plazo. Los efectos sobre el sueño son los siguientes: mejoría en la inducción del sueño, disminuye el tiempo de vigilia una vez iniciado el sueño y reducción en el número de despertares nocturnos y aumento de la eficacia del sueño. Existen estudios que demuestran un incremento de la sensibilidad a los efectos clínicos y tóxicos de estas sustancias en los ancianos por cambios en

la farmacocinética y farmacodinámica. **Por tanto, si decidimos su uso deberíamos utilizarlas en períodos cortos de tiempo.**

INGRESO HOSPITALARIO: El simple hecho de estar ingresado genera en el paciente ansiedad y trastornos del sueño, sobre todo en los pacientes con deterioro cognitivo que dependen de rutinas y objetos familiares para mantener la orientación; otros factores como el horario de la toma de medicamentos (pautados a la medianoche o cada 6 horas), extracciones sanguíneas, control de constantes vitales u otras actividades durante la noche, pueden también alterar el sueño. Las causas pueden ser:

- Intrínsecas: cambios en el patrón de sueño, enfermedades médicas subyacentes, fármacos (corticoides, broncodilatadores, levodopa, fenitoina, ISRS e IRSN), abstinencia de medicamentos y de alcohol.
- Extrínsecas: el medio hospitalario, actividades para el cuidado del paciente (cambios de pañal, posturales), temperatura, luz, ruido (conversaciones, teléfonos, llamadas de enfermería), telemetría, monitores y los otros pacientes.

Resultados:

De los **125 pacientes** ingresados en nuestro hospital el 3/12/15

Tenían pautadas BENZODIACEPINAS un total de **69 pacientes (55,2%)**

- de los que 52 tenían prescrito lorazepam, que en principio sería la benzodiacepina más indicada en mayores
- Los 15 restantes (21,7%) analizamos las indicaciones y tipo de benzodiacepinas

CLORAZEPATO DIPOTASICO (TRANXILIUM):

- Paciente 1: 61 años. Lo tomaba previamente por Sº ansioso. Durante el ingreso se bajó dosis
- Paciente 2: 73 años. Lo tomaba previamente por Sº ansioso y se mantuvo durante el ingreso

DIAZEPAM

- Paciente 3: 50 años. Pautado por insomnio previo al ingreso, se mantuvo durante el ingreso
- Paciente 4: 72 años. Lo tomaba previamente al ingreso por Sº ansioso y se mantuvo durante el ingreso

BROMAZEPAM

- Paciente 5: 82 años. Lo tomaba previamente al ingreso por insomnio y se suspendió durante el ingreso
- Paciente 6: 85 años. Lo tomaba previamente por Sº ansioso y se suspendió durante el ingreso
- Paciente 7: 83 años. Lo tomaba previamente por insomnio y se mantuvo
- Paciente 8: 81 años. Lo tomaba previamente por insomnio y se mantuvo
- Paciente 9: 49 años. Pautado durante el ingreso por Sº ansioso
- Paciente 10: 71 años. Lo tomaba previamente por Sº ansiedad y se mantuvo durante el ingreso

LORMETAZEPAM

- Paciente 11: 80 años. Pautado durante el ingreso por insomnio
- Paciente 12: 81 años Pautado durante el ingreso por insomnio
- Paciente 13: 84 años Lo tomaba previamente por insomnio y se mantuvo durante el ingreso
- Paciente 14: 71 años. Lo tomaba previamente por ansiedad y se mantuvo durante el ingreso

ALPRAZOLAM

- Paciente 15: 80 años. Pautado previamente por Sº ansioso, durante el ingreso se disminuye y suspende

Análisis de las benzodiacepinas pautadas (salvo lorazepam)

- De los 15 pacientes que tenían pautadas benzodiacepinas distintas al lorazepam, 3 pacientes eran menores de 65 años.
- De los 12 pacientes mayores de 65 años:
 1. 6 pacientes (50%) las tenían pautadas por Sº ansioso y 6 pacientes (50%) por insomnio
 2. 10 pacientes (83,33%) las tomaban previamente al ingreso (de forma crónica y desde hacía años) , sólo en 2 casos (15,66%) fueron pautadas durante el ingreso
 3. De los 10 pacientes que las tomaban previamente al ingreso, se reducen y se suspenden en 3 casos (30%), en el restante 70% se mantuvo la dosis que tomaba el paciente en su domicilio

CONCLUSIONES:

- Las benzodiacepinas son fármacos habitualmente pautados en los pacientes ingresados en nuestro hospital (en un 55,2%). Debemos tener en cuenta que son fármacos que ya son tomados de forma crónica por los pacientes en la mayoría de los casos y son dependientes a ellos, además debemos considerar que la hospitalización, por sí misma, es un factor que provoca ansiedad e insomnio por los argumentos explicados anteriormente
- En ningún caso fueron usadas en el control de síntomas de cuadros confusionales agudos o cuadros de agitación
- En todos los casos tenían el diagnóstico etiológico de insomnio o ansiedad
- La mayoría de pacientes ya tomaba las benzodiacepinas en su domicilio (83,3%) de forma crónica y durante tiempo prolongado, teniendo gran dependencia a estos fármacos
- Son pocos los casos, en las benzodiacepinas analizadas, en los que se hayan pautado “de novo” estos fármacos durante el ingreso (15,66%). Y en el 30% de los casos se intentan reducir y suspender.

Dr. Jesús Minaya Saiz
1 de febrero de 2016

ANEXO IV

INFORME DE SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS 2015

El día 8 de julio de 2015, se realizó estudio observacional para evaluar el seguimiento del protocolo de trombopprofilaxis instaurado en el Hospital Guadarrama, desde julio de 2013.

Se decidió recoger al azar los datos de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital:

- 20 pacientes de URF
 - 9 pacientes de la primera planta
 - 7 pacientes de la segunda planta
- 7 pacientes de UCC
- 7 pacientes de UCP
- 5 pacientes de UCA

RESULTADOS:

URF: de los 20 pacientes analizados solo se encontró el protocolo de trombopprofilaxis en la historia clínica en 16 pacientes.

De estos:

- En el 100% se valoró el riesgo de ETE
- 62.5 % por problemas médicos. 100% PRETEMED>4
- 37.5 % por problemas postquirúrgicos. Riesgo quirúrgico elevado
- 56.2 % recibían trombopprofilaxis de forma correcta
- 6.2% no recibía trombopprofilaxis por deambulación autónoma
- 37, 5 no recibían trombopprofilaxis, por recibir tratamiento anticoagulante justificado por antecedentes médicos

UCC: se analizaron 7 pacientes:

- En el 100% se valoró el riesgo de ETE
 - 85.7 % por problemas médicos. 100% PRETEMED>4
 - 14.2% por problemas postquirúrgicos. Riesgo quirúrgico elevado
- 57.4% recibían trombopprofilaxis de forma correcta
- 14.2% recibían trombopprofilaxis de forma incorrecta
- 28,5% no recibían trombopprofilaxis. El motivo fue el siguiente:
 - Deterioro funcional severo crónico establecido

UCP: se analizaron 7 pacientes

- En el 100% se valoró el riesgo de ETE
 - 100 % por problemas médicos. 100% PRETEMED>4
 - 0% por problemas postquirúrgicos
- 14.2 % recibían tromboprofilaxis de forma correcta
- 14.2% no recibía tromboprofilaxis por deambulación autónoma
- 42,8% no recibían tromboprofilaxis. Los motivos fueron los siguientes:
 - Situación de agonía
 - Deterioro funcional severo crónico establecido
- 28, 5% no recibían tromboprofilaxis, por recibir tratamiento anticoagulante justificado por antecedentes médicos

UCA: Se analizaron 5 pacientes

- En el 100% se valoró el riesgo de ETE
 - 100 % por problemas médicos. 100% PRETEMED>4
 - 0% por problemas postquirúrgicos
- 60 % recibían tromboprofilaxis de forma correcta
- 20 % no recibía tromboprofilaxis por deterior funcional severo crónico establecido
- 20% no recibía tromboprofilaxis, por recibir tratamiento anticoagulante justificado por antecedentes médicos

Dra. Alonso Martín

Jefe Servicio Médico

20 de julio de 2015

ANEXO V

PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SULFONILUREAS

Las sulfonilureas son medicamentos potencialmente inapropiadas en pacientes mayores

En el mes de octubre se ha realizado un corte y revisados los pacientes en tratamiento con sulfonilureas en relación al proyecto no hacer: no disponemos en este momento de ninguna sulfonilurea pautada.

Dra. Mariluz Sánchez Gregorio
Responsable Servicio de Farmacia

ANEXO VI

PRESCRIPCIONES INAPROPIADAS

“No usar tiras reactivas y glucómetros en pacientes diabéticos tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable”

El día 23-9-15 se recogen los datos de pacientes diabéticos ingresados en tratamiento con metformina

De los 97 pacientes ingresados ese día, 8 pacientes eran diabéticos tipo 2 y en tratamiento con metformina.

- Uno de ellos además asociaba un antidiabético oral hipoglucemiante (vidagliptina)
- De los 7 pacientes restantes, solo tratados con metformina
 - o Uno de ellos presentaba una ITU y tenía prescrito BMtest diario
 - o Dos de ellos presentaban úlceras sobreinfectadas y también tenían Bmtest diarios
 - o Los cuatro pacientes restantes tenían pautados los BMtest 2 ó 3 veces/semana

Comentario:

En mi opinión, los pacientes diabéticos ingresados en un medio hospitalario con una patología en fase subaguda (la cual motiva el ingreso en un hospital de media estancia) y siendo frecuentes las complicaciones infecciosas concomitantes durante el ingreso, creo que el control glucémico es necesario, no tanto por el bajo riesgo de hipoglucemia que raramente produciría la metformina, sino por los cuadros de descompensación e hiperglucemia que pueden producir las complicaciones infecciosas o de otro tipo.

Además, la recomendación en su enunciado ya habla de la salvedad de “situaciones de control glucémico inestable”, que en mi opinión sería aplicable a nuestros pacientes por las razones que he comentado anteriormente

Dr. Jesús Minaya Saiz

27 de octubre de 2015

ANEXO VII
RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD

SECCIÓN A: Su servicio/Unidad		De acuerdo + muy de acuerdo
		Hospital Guadarrama
1	El personal se apoya mutuamente	70%
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	15%
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	60%
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	80%
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	75%
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	70%
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	33%
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	20%
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	75%
10	No se producen más fallos por casualidad.	50%
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	80%
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	30%
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente, se evalúan para comprobar su efectividad	60%
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	62%
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	35%
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	30%
17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"	28%
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	60%
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	48%
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	40%
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	23%
22	Mi superior/jefe, pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	10%

SECCIÓN B: Su Hospital		De acuerdo + muy de acuerdo
		Hospital Guadarrama
23	La gerencia o la dirección del hospital, facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	32,5%
24	Las diferentes unidades del hospital, no se coordinan bien entre ellas	47,5%
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra	42,5%
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente	47,5%
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	27,5%
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	5,0%
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios, es habitualmente problemático	22,5%
30	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	55,0%
31	La gerencia/dirección del hospital, sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	42,5%
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes	62,0%
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	15,0%
SECCIÓN C: Comunicación en su servicio/Unidad		De acuerdo + muy de acuerdo
		Hospital Guadarrama
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	35,0%
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	62,0%
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad	38,4%
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	31,0%
38	En mi servicio/unidad, discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	56,0%
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	28,0%
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	55,0%
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	42,0%

42

Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente

59,5%

SECCIÓN D: INFORMACION COMPLEMENTARIA		De acuerdo + muy de acuerdo
		Hospital Guadarrama
43	Califique por favor de cero a diez, el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad:	
	De 0 a 4, siendo 0 la mínima seguridad	16,0%
	De 5 a 7	40,0%
	De 8 a 10, siendo 10 máxima seguridad	44,0%
44	¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	
45	¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	
46	¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	
47	¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este Hospital?	
48	Durante el último año, ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	
49	¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	
50	¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su Hospital?	
	Rehabilitación	
	Farmacia	
	Admisión	
	Geriatría	
	Otras unidades	
51	¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad?	
	Auxiliar de Enfermería	
	Enfermera(o)	
	Farmacéutico	
	Fisioterapeuta	
	Médico	
	Residentes	
52	¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?	

ANEXO: Información adicional sobre su Servicio/unidad		De acuerdo + muy de acuerdo
		Hospital Guadarrama
53	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida	29,4%
54	Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc.)	14,3%
55	Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde	74,2%
56	Antes de realizar una nueva prescripción, se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente	81,5%
57	Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente	50,0%
58	Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente, es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente	56,3%
59	Antes de que firme el consentimiento informado, ¿se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado?	50,0%
60	En los pacientes probablemente terminales, ¿se indaga de forma anticipada en sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital?	76,0%
61	En el caso de que se maneje quimioterapia, ¿Se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento?	40,0%

ANEXO VIII

ESTUDIO DESCRIPTIVO; UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP), son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en España en donde su nivel de utilización es muy superior al nivel de otros países europeos. Una de las causas de sobreutilización, es la inadecuada indicación de gastroprotección en situaciones clínicas en que no se cumplen los criterios establecidos. Comentar, que los IBP no son fármacos inocuos, y pueden plantear problemas de seguridad, lo cual obliga a una prescripción razonada y circunscrita a situaciones en las que haya una indicación clínica clara, a la dosis mínima eficaz, con reevaluación periódica de la continuidad de dicho tratamiento, evitando cronificar la prescripción sin motivo justificado.

- Durante la primera semana del mes de mayo del 2015 se registraron variables clínicas y de prescripción de fármacos fundamentalmente IBP, AINES, Ranitidina, anticoagulantes, corticoides etc. de pacientes ingresados en dos unidades asistenciales del H. Guadarrama, concretamente Unidad de Recuperación Funcional (URF) y Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) con motivo de valorar la información de utilización de los IBP.

Se analizaron 108 pacientes, de los cuales 5 pacientes (4,6%) no recibían dicho tratamiento y en 10 pacientes (9,2%) se utilizaba un anti-ulceroso antagonista H₂, concretamente Ranitidina. En el resto de los 93 pacientes se objetivó el uso de IBP, concretamente 8 pacientes (8,6%) estaban en tratamiento con Pantoprazol y el resto, 85 pacientes (91,3%) con Omeprazol.

- Puesto que las agencias reguladoras (EMA y AEMPS) desaconsejan el uso concomitante de Clopidogrel con Omeprazol o Esomeprazol, la recomendación general de emplear Omeprazol como el IBP de elección debe excluir a los pacientes que estén en tratamiento con Clopidogrel si hay indicación (usar Pantoprazol o Lansoprazol).

De los 8 pacientes en tratamiento con Pantoprazol:

- ▶ 7 pacientes (75%) estaban en tratamiento con Clopidogrel:
 - 3 pacientes asocian una heparina de bajo peso molecular a dosis a dosis profiláctica (HBPM), concretamente Bemiparina en el tratamiento.
 - 1 paciente (12,5%) se encontró la asociación con Acenocumarol.
- ▶ 1paciente No asociación con anticoagulante/AINE/antiagregante.
- Los IBP se emplean en el tratamiento de trastornos digestivos relacionados con la secreción ácida gástrica y están autorizados para las siguientes indicaciones:
 - 1) Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.
 - 2) Tratamiento erradicador del Helycobacter Pylori.
 - 3) Tratamiento inicial y de mantenimiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

4) Tratamiento del Síndrome de Zollinger-Ellison.

De los 108 pacientes, 11 de ellos (10,1%) presentaban antecedentes de trastornos digestivos relacionados con la secreción ácida gástrica. Se objetivó que 6 de ellos (54,5%), recibían tratamiento con Omeprazol, 1 de ellos (9,09%) recibía tratamiento con Pantoprazol, 2 de ellos (18,1%) recibían tratamiento con Ranitidina, destacando la no prescripción de IBP u otro antiulceroso en otros 2 pacientes (18,1%).

- Todos los AINEs producen en mayor o menor grado gastrolesividad, siendo en numerosas ocasiones un factor limitante en su utilización. Reducir las complicaciones del uso de dichos fármacos es importante, considerándose imprescindible la identificación de aquellos pacientes con alto riesgo de complicaciones y la selección de la mejor estrategia terapéutica en función del riesgo del paciente.
- Del global de los 108 pacientes, únicamente 3 (2,7%) se encontraban en tratamiento con AINEs, concretamente 2 Ibuprofeno 1 Ketorolaco, objetivándose el tratamiento simultáneo con Omeprazol.
- En pacientes en tratamiento antiagregante con factores de riesgo y aunque la evidencia es menor que con los AINEs, la gastroprotección podría ser beneficiosa en las siguientes circunstancias:
 - 1) Historia previa de úlcera o complicaciones gastrointestinales.
 - 2) Doble antiagregación, simultáneamente AAS y otro antiagregante.
 - 3) Tratamiento concomitante con un anticoagulante.

De los 108 pacientes:

- ▶ 14 (12,9%) se encontraban en tratamiento con AAS.
- ▶ 11 (10,1%) se encontraban en tratamiento combinado con AAS y HBPM (Bemiparina).
- ▶ 4 (3,7%) se encontraban en tratamiento con Clopidogrel.
- ▶ 1 (0,9%) se encontraba en tratamiento combinado con AAS y Clopidogrel.
- ▶ 4 (3,7%) se encontraban en tratamiento combinado con Clopidogrel y HBPM (Bemiparina).

Respecto a los 14 pacientes en tratamiento con AAS, 13 de ellos (92,8%) se encontraban en tratamiento con IBP, concretamente Omeprazol, destacando 1 de ellos (7,1%) que no recibía ningún tipo de gastroprotección.

Respecto a los 11 pacientes en tratamiento combinado con AAS y HBPM (Bemiparina), todos ellos (100%) se encontraban en tratamiento con Omeprazol.

Respecto a los 4 pacientes que se encontraban en tratamiento con Clopidogrel, 3 de ellos (75%) se encontraban en tratamiento con Pantoprazol y 1 de ellos (25%) en tratamiento con Ranitidina.

Respecto al paciente que se encontraba en tratamiento combinado con AAS y Clopidogrel se objetivó tratamiento simultáneo con Omeprazol.

Respecto a los 4 pacientes que se encontraban en tratamiento combinado con Clopidogrel y HBPM (Bemiparina) 3 de ellos (75%) se encontraban en tratamiento con Pantoprazol y 1 de ellos (25%) en tratamiento con Omeprazol.

- De los anticoagulantes orales los más estudiados son los antagonistas de la vitamina K. La evidencia sobre la gastroprotección en éste grupo farmacológico es más débil que con los AINEs. Los expertos sugieren realizar gastroprotección en los siguientes casos:
 - ▶ Tratamiento concomitante con AAS de forma crónica o AINE.
 - ▶ Historia previa de úlcera o complicaciones gastrointestinales (hemorragia y perforación gastroduodenal).
 - ▶ 13 (12,03%) se encontraban en tratamiento con Acenocumarol.
 - ▶ 3 (2,7%) se encontraban en tratamiento combinado con Acenocumarol y HBPM (Bemiparina).
 - ▶ 36 (33,3%) se encontraban en tratamiento con HBPM a dosis profilácticas (Bemiparina).
 - ▶ 1 (0,9%) se encontraba en tratamiento con Apixaban.

- Respecto a los pacientes en tratamiento con corticoides, en la actualidad no existen directrices claras ni estudios que permitan establecer unas recomendaciones precisas sobre indicación de gastroprotección en tratamiento con corticoides.

- Solamente existe evidencia en los casos anteriormente descritos en tratamiento concomitante con AINE o antiagregante o en pacientes con alto riesgo de hemorragia digestiva.
 - ▶ 4 (3,7%) se encontraban en tratamiento con Dexametasona.
 - ▶ 1 (0,9%) se encontraba en tratamiento con Metilprednisolona.
 - ▶ 3 (2,7%) se encontraban en tratamiento combinado con Dexametasona y HBPM (Bemiparina).

- Diferentes estudios epidemiológicos sugieren que los diferentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden incrementar el riesgo de hemorragia gastroduodenal, sobre todo en presencia de dos factores de riesgo, aunque existe alguna investigación donde no se observa ésta asociación.
 - ▶ 23 pacientes recibían tto con ISRS.

CONCLUSIONES:

En base al registro previo, se establecen las siguientes conclusiones:

1) Prescripción de IBP

De los 108 pacientes la prescripción por fármacos “gastroprotectores*” ha sido la siguiente:

- ▶ 93 pacientes (86,1%) se objetivó el uso de IBP:
 - 85 pacientes (91,3%) Omeprazol.
 - 8 pacientes (8,6%) Pantoprazol. Solo en 7 de ellos están en tto con Clopidogrel, de estos solo 1 tenía indicación de Pantoprazol.
- ▶ 10 pacientes (9,2%) se utilizaba un anti-ulceroso antagonista H2, concretamente Ranitidina. 100% de ellos no se establecía la correcta indicación de dicho tratamiento en la historia clínica.
- ▶ 5 pacientes (4,6%) no recibían dicho tratamiento. Solo 1 paciente debería haber recibido tto con IBP (antecedente de úlcera y tto con antiagregante).

Alto porcentaje de prescripción de IBP (86,1%) similar a otros estudios a nivel nacional. De los que no recibían tto 1% tendrían que haber sido tratados.

Se revisa las indicaciones de los IBP

2) Los IBP se emplean en el tratamiento de trastornos digestivos relacionados con la secreción ácida gástrica y están autorizados para las siguientes indicaciones:

- a) Tratamiento de la úlcera gastroduodenal.
- b) Tratamiento erradicador del *Helicobacter Pylori*.
- c) Tratamiento inicial y de mantenimiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- d) Tratamiento del Síndrome de Zollinger-Ellison.

Análisis de ésta indicación: De los 108 pacientes analizados 11 pacientes presentaban antecedentes de trastornos digestivos relacionados con secreción ácida:

- ▶ 7 pacientes (63,6%) se objetivó la correcta indicación del IBP (6 pacientes en tratamiento con Omeprazol y 1 paciente en tratamiento con Pantoprazol).
- ▶ 4 pacientes sin IBP:
 - 2 pacientes (18,1%) en tratamiento con Ranitidina. No estaría indicada
 - 2 pacientes (18,1%) no recibiendo ningún tipo de tratamiento. Era correcto no poner tratamiento.

3) Gastroprotección con IBP y AINES

Todos los AINES producen en mayor o menor grado gastrolesividad, siendo en numerosas ocasiones un factor limitante en su utilización. Reducir las complicaciones del uso de dichos fármacos es importante, considerándose imprescindible la identificación de aquellos pacientes con alto riesgo de complicaciones y la selección de la mejor estrategia terapéutica en función del riesgo del paciente.

Del análisis realizado solos 3 pacientes están en tratamiento con AINES, y en el 100% de los casos asocian tratamiento con Omeprazol. (En los 3 pacientes edad mayor de 65 años y tto con AINES + Antiagregante). Sería correcta la indicación.

4) Gastroprotección con IBP y antiagregante En pacientes en tratamiento antiagregante con factores de riesgo y aunque la evidencia es menor que con los AINES, la gastroprotección podría ser beneficiosa en las siguientes circunstancias:

- 1) Historia previa de úlcera o complicaciones gastrointestinales.
- 2) Doble antiagregación, simultáneamente AAS y otro antiagregante.
- 3) Tratamiento concomitante con un anticoagulante.

Analizando ésta indicación:

De los 35 pacientes que estaban con tratamiento antiagregante, solo 1 paciente (2,8%) tenía indicación de IBP por estar con doble antiagregación (AAS+Clopidogrel), pero la elección del IBP era errónea ya que estaba con Omeprazol y debería haber estado con Pantoprazol.

5) Gastroprotección y anticoagulantes: La evidencia sobre la gastroprotección en éste grupo farmacológico es más débil que con los AINES. De los anticoagulantes orales los más estudiados son los antagonistas de la vitamina K. Los expertos sugieren realizar gastroprotección en los siguientes casos:

- ▶ Edad ≥ 60 años.
- ▶ Tratamiento concomitante con AAS de forma crónica o AINE.
- ▶ Historia previa de úlcera o complicaciones gastrointestinales (hemorragia y perforación gastroduodenal).

Análisis sobre esta indicación:

16 pacientes (14,73%) en tratamiento con Acenocumarol ó Acenocumarol + HBPM a dosis anticoagulantes.

- ▶ 12 pacientes con IBP, 1 tendría indicación de Pantoprazol por terapia concomitante con clopidogrel, 11 de ellos no tenían indicación IBP. Si se tuviera en cuenta solo la edad como único factor de riesgo todos tendrían indicación de tto con IBP.

- ▶ 2 pacientes (12,5%) con Ranitidina. No tendrían indicación
- ▶ 2 pacientes (12,5%) no recibían ningún tipo de tratamiento gastroprotector. 1 presentaba alto riesgo de complicaciones gastrointestinales y tendría indicación de tto con IBP)

36 pacientes en tratamiento con HBPM, concretamente Bemiparina/Enoxaparina a dosis profiláctica (no es indicación de gastroprotección).

- ▶ 34 (94,4%) en tratamiento con Omeprazol. No tienen indicación
- ▶ 1 (3,1%) Ranitidina, No indicación
- ▶ 1 de ellos (3,1%) no recibía gastroprotección. Indicación correcta.

Respecto a los nuevos anticoagulantes orales solo las fichas técnicas de Dabigatran y Rivaroxaban especifican que no se observaron interacciones significativas con pantoprazol y otros IBP pero no se dispone de estudios sobre la eficacia de asociar con estos fármacos IBP para disminuir el riesgo de hemorragia digestiva.(solo 1 paciente con Apixaban y omeprazol)

6) Gastroprotección y tratamiento corticoideo

Respecto a los pacientes en tratamiento con corticoides, en la actualidad no existen directrices claras ni estudios que permitan establecer unas recomendaciones precisas sobre indicación de gastroprotección en tratamiento con corticoides.

Solamente existe evidencia en los casos de corticoterapia asociada a

- ▶ tratamiento concomitante con AINE ó
- ▶ tratamiento concomitante con antiagregante ó
- ▶ pacientes con alto riesgo de hemorragia digestiva.

Análisis de la indicación:

- ▶ 4 pacientes (3,7%) se encontraban en tratamiento con Dexametasona solo. No indicación IBP(porque ninguno asociaba alto riesgo de hemorragia digestiva)
- ▶ 3 pacientes (2,7%) se encontraban en tratamiento combinado con Dexametasona y HBPM a dosis profiláctica (Bemiparina) .No Indicación IBP

De los 7 pacientes en tratamiento con Dexametasona/Dexametasona + HBPM, concretamente 5 pacientes (71,4%) se encontraban en tratamiento con Omeprazol, objetivándose en 2 (28,5%) el tratamiento con Ranitidina.

- ▶ 1 (0,9%) se encontraba en tratamiento con Metilprednisolona.Tenía asociación con Ibuprofeno, por lo que era correcto con Omeprazol.

- 7) Diferentes estudios epidemiológicos sugieren que los diferentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden incrementar el riesgo de hemorragia gastroduodenal, sobre todo en presencia de dos factores de riesgo, aunque existe alguna investigación donde no se observa ésta asociación.

De los 93 pacientes que recibían IBP, solo en 13 pacientes (13,97%), era correcta dicha indicación.

De los 7 pacientes que no recibían tratamiento con IBP, solo en 1 paciente estaría indicado el IBP

* El término “gastroprotección” solo debería utilizarse para la indicación de IBP que evitan las lesiones digestivas provocadas solo por AINES y no por otros fármacos. Pero para facilitar la comprensión se ha utilizado ese término en éste documento.

Autores: Dra. Gómez Carracedo y Dra. Alonso Martín

Dra. Alonso Martín.

Jefe Servicio Médico

23 de septiembre de 2015

ANEXO IX

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

Los errores relacionados con el uso de medicamentos, constituyen el tipo de eventos más frecuentes. Estos errores pueden ocurrir en cualquiera de las etapas del proceso, siendo la prescripción la primera de ellas.

La implantación de la prescripción electrónica supone un avance importante en la disminución de errores, sin embargo también ha supuesto la aparición de nuevas fuentes de errores, por lo que hay seguir trabajando.

La Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios, ha trabajado en elaborar recomendaciones para la mejora de la prescripción electrónica.

Recomendaciones en las distintas fases:

1) Contenido de la prescripción:

Toda correcta prescripción debe contener como mínimo:

- ▶ La correcta identificación del paciente.
- ▶ Fecha y hora de la prescripción.
- ▶ Nombre del medicamento, dosis.
- ▶ Forma farmacéutica, frecuencia y vía de administración.
- ▶ Duración prevista del tratamiento en días si procede, siendo particularmente importante en los informes de alta.
- ▶ Identificación del médico y su firma electrónica.
- ▶ Identificación de alergias farmacológicas.

2) Escritura de las prescripciones farmacológicas:

- ▶ Se realizarán siempre en prescripción electrónica.
- ▶ Se evitará realizar prescripción farmacológica mediante orden verbal, salvo en casos de extrema urgencia médica, debiendo firmarse posteriormente.
- ▶ Se evitará el uso de expresiones como “medicación habitual” sin especificar cuál es.
- ▶ Se revisará periódicamente el tratamiento.
- ▶ Se evitará utilizar abreviaturas que pueden inducir a errores (prescripción electrónica).

3) A nivel del medicamento a prescribir:

- ▶ Se anotará el principio activo preferentemente o, en su defecto, el nombre comercial, si es medicación fuera de guía o aportada por el paciente. En el resto de medicación incluida en guía salen ambas denominaciones al hacerlo por prescripción electrónica.
- ▶ Se evitarán las abreviaturas, nombres químicos o de investigación.
- ▶ Se escribirá el nombre completo de la presentación, sobre todo cuando existen varias que pueden inducir a error (ej. lidocaína al 1% en lugar de lidocaína).
- ▶ Adecuación de los horarios de los medicamentos tanto como “horarios habituales” (como hierro antes de desayuno/Omeprazol desayuno y cena) y también adecuación de horarios de medicación a los habituales del hospital (Sintrom 16 h...).

4) Dosis:

- ▶ Se evitará usar decimales o fracciones (ej: 500 mg en lugar de 0,5 g). Al realizarlo por prescripción electrónica, asegurarse en las unidades que se están prescribiendo (mg, comprimidos, envases...).
- ▶ Se expresarán en cantidad de principio activo y no en número de unidades de la forma farmacéutica (ej: Diazepam 5 mg comprimidos en lugar de Diazepam 1 comprimido).
- ▶ Se especificará la dosis exacta para cada administración en lugar de la dosis diaria total. No se utilizarán abreviaturas de unidades poco habituales (ej: 1 pulsación en lugar de 1ps).
- ▶ Los medicamentos de alto riesgo se podrán indicar por Kg. de peso y/o superficie corporal del paciente, o en diluciones definidas indicando siempre la velocidad de infusión en mL/h.
- ▶ Revisión de anticoagulación y dosis/día de control.

5) Revisión siempre de:

- ▶ Alergias farmacológicas (siempre. Obligatorio al entrar en prescripción electrónica).
- ▶ Posibles interacciones con medicamentos ya pautados o del mismo grupo terapéutico.
- ▶ Revisión de la prescripción electrónica de nombres/dosis y horarios antes de validar la prescripción.
- ▶ Revisión de “medicamentos aportados por el paciente” (el sistema no lo lee y no se ve si interacciona).

Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios

Octubre del 2015

ANEXO X

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

Normas a tener en cuenta cuando se pauta un tratamiento farmacológico

Cuando prescribimos un tratamiento farmacológico hemos de seguir ciertas premisas:

- ▶ Emplear el fármaco que mejor se conozca.
- ▶ Utilizar fármacos con un gran margen terapéutico.
- ▶ Cuando se plantee un cambio de fármaco hay que comenzar administrando el nuevo fármaco a dosis equianalgésicas.
- ▶ Emplear las vías menos invasivas (siempre que sea posible la oral).
- ▶ Emplear las pautas posológicas más simples (dado que el paciente llevará otros tratamientos para la enfermedad que le causa el dolor).
- ▶ Aconsejar siempre todas las medidas no farmacológicas posibles (ejm: reposo, calor, frío, férulas, bastones de descarga, posturas, etc.).
- ▶ Advertir de los efectos secundarios y vigilar interacciones.
- ▶ Dar opciones de refuerzo: explicar al paciente hasta dónde puede aumentar la dosis de analgesia en caso de obtener analgesia insuficiente.

Asimismo, a la hora de pautar un tratamiento farmacológico tenemos que tener en cuenta que:

- ▶ Los analgésicos son eficaces desde la primera toma y su toxicidad suele ser proporcional a la duración del tratamiento. Con esto queremos decir que en terapéutica hay que ser tanto más conservador cuanto más tiempo se prevea que exista dolor en dolores intensos y agudos (postquirúrgicos, cólicos, etc.) se puede ser más agresivo que en dolores crónicos (osteoarticulares, ya sean mecánicos o inflamatorios, cancerosos, etc.).
- ▶ La medicación debe titularse individualmente hasta conseguir un resultado satisfactorio y unos efectos secundarios soportables y asumibles. En este sentido: a) Las dosis óptimas se determinan de forma individual mediante un ajuste ascendente; b) se debe de controlar estrechamente a los pacientes hasta que se alcance las dosis apropiadas que ofrezca la analgesia adecuada, con unos efectos secundarios aceptables para cada episodio.
- ▶ El efecto analgésico de un fármaco considerado como tal depende de la intensidad del estímulo (hay una relación inversa entre la intensidad del estímulo y la eficacia analgésica obtenida en clínica), de la potencia de la sustancia y de otros factores en los que influye directamente la genética del paciente (Ejm: el sexo del paciente en la analgesia ofrecida por los opioides se aprecian diferencias en función del

sexo: las mujeres son más sensibles a los efectos analgésicos de los agonistas mu opioides que los hombres).

- ▶ Se recomienda combinar las medidas farmacológicas con las no farmacológicas, es decir, realizar una analgesia combinada.
- ▶ Además de valorar la eficacia analgésica en cuanto a la intensidad del dolor, es importante considerar su acción sobre los mecanismos del dolor que pretendemos aliviar.

Normas a tener en cuenta cuando se administra un tratamiento farmacológico

Antes de administrar cualquier medicamento, en general y en el caso específico el dolor, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones generales:

1) Administrar el medicamento correcto

- ▶ Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo.
- ▶ Comprobar el nombre de la especialidad tanto al prepararlo como al administrarlo.
- ▶ Si existe alguna duda no administrar y consultar.
- ▶ Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

2) Administrar el medicamento al paciente adecuado

- ▶ Comprobar la identificación del paciente (pulsera).

3) Administrar la dosis correcta

- ▶ Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada comprobarla de nuevo.

4) Administrar el medicamento por la vía correcta

- ▶ Asegurar que la vía de administración es la correcta.
- ▶ Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar.

5) Administrar el medicamento a la hora correcta

- ▶ Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrarlo; posibles precipitaciones, cambios de color...
- ▶ Importante cumplir los plazos y los intervalos.

6) Registrar todos los medicamentos administrados

- ▶ Registrar y firmar lo antes posible la administración del medicamento.
- ▶ Si no se administra un medicamento también dejarlo reflejado.
- ▶ Registrar si se administra analgesia extra y si es efectiva o no.

7) Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.

8) Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito (por su cuenta).

9) Investigar si el paciente tiene alergias y descartar interacciones farmacológicas.

10) Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos.

Normas específica de seguridad para cada medicamento:

PARACETAMOL:

Dosis máxima 4 gr al día. Tiene techo analgésico

NOLOTIL

Máximo 6 gr al día. Cuidado con la hipoTA si se administra intravenoso. Tiene techo analgésico

AINEs:

Precaución en edad avanzada, insuficiencia renal, antecedentes de sangrado digestivo. Asociar IBP. Tienen techo analgésico

OPIOIDES DÉBILES: (codeína y tramadol):

Nunca combinarlos con opioides fuertes. Tienen techo analésico.

Tramadol: 2 presentaciones, normal (cada 8 h), y retard (cada 12 h.)

Opioides fuertes:

MORFINA:

Presentaciones:

- ▶ Solución oral: ORAMORPH (x 4horas) (Unidosis de 2, 6 y 20mg/ml. Frasco a 2 y 20mg/ml).
- ▶ Forma oral sólida de liberación inmediata: SEVREDOL (x 4horas)(comp. de 10mg y 20mg)
- ▶ Forma oral sólida de liberación controlada: MST CONTINUS (x12horas) (comp. de 5, 10, 15, 30, 60, 100 y 200mg), SKENAN (x 12 horas) y MST UNICONTINUS (x24horas).
- ▶ Forma parenteral: CLORURO MÓRFICO (x 4horas o infusión continua sc, iv) (amp. de 10 y 20mg. y viales de 40 y 400mg.)

Importante: nunca triturar los comprimidos.

Dosis de morfina:

- ▶ Dosis inicial de morfina oral de liberación inmediata: 5-10 mg x 4horas.
- ▶ Dosis extras de 1/6 de dosis total diaria. Incrementos sumando dosis extras de últimas 24 horas o 30% de dosis previa.
- ▶ Una vez alcanzadas dosis estables pasar a Morfina de liberación sostenida repartiendo dosis diaria total en dos tomas (x 12 horas)
- ▶ Dosis Equianalgésicas:
 - vo: sc ----- 1: 1/2

- vo : iv ----- 1: 1/3
- vo : rectal --- 1: 1

FENTANILO:

Presentaciones:

- ▶ Fentanilo TTS: DUROGESIC, MATRIFEN, FENDIVIA (parches de 12, 25, 50, 75, 100 mcg/h x 72 horas) transdérmico.
- ▶ Fentanilo oral transmucoso: ACTIQ (200, 400, 600, 800, 1200, 1600 mcg), ABSTRAL (50, 100, 200, 400 mcg), EFFENTORA (100, 200, 400, 600, 800 mcg), en dolor incidental.
- ▶ Fentanilo intranasal: INSTANYL (50, 100, 200mcg), PECFENT (100, 400mcg), si dolor incidental
- ▶ Viales: FENTANEST 0,05mg/ml (iv, sc, infusión continua)

Importante: nunca cortar los parches (ni pegar sólo la mitad)

Dosis:

- ▶ Dosis inicial: parche de 12-25 x 72 horas.
- ▶ Dosis extra de Fentanilo oral transmucoso o intranasal. Incrementar en 25 el parche si tras 48 horas precisa 3 o más dosis extras.
- ▶ Dosis equianalgésicas:
 - Morfina oral: Fentanilo TTS ----- 10mg : 100mcg
 - Fentanilo TTS: Fentanilo IV ----- 1 : 1

OXICODONA:

Presentaciones:

- ▶ OXICONTIN: comp. de 5, 10, 20, 40, 80mg
- ▶ OXYNORM: cps .de 5, 10 y 20mg, solución oral 10mg/ml
- ▶ OXYNORM solución: 10mg/ml (sc, iv)

Dosis:

- ▶ Dosis inicial: Oxycontin de 5-10mg x 12horas o Oxynorm 5mg x 6 horas.
- ▶ Dosis extras: 1/4- 1/6 de dosis diaria total.
- ▶ Dosis equianalgésicas:
 - Morfina: Oxycodona ----- 1: 1/2

OXICODONA +NALOXONA:

Presentaciones:

- ▶ TARGIN: comp. de 5/2,5mg, 10/5mg, 20/10mg, 40/20mg

Dosis:

- ▶ - Dosis inicial: empezar por dosis menor x 12 horas e ir titulando hasta un máximo de 80mg/día de Oxycodona y 40mg/día de Naloxona.

BUPRENORFINA:

Es un agonista/antagonista a dosis altas. Si toxicidad se revierte mal con Naloxona precisando dosis altas.

Presentaciones:

- ▶ BUPRENORFINA TTS: TRANSTEC 35, 52,5, 70 mcg/h (x 72 horas)
- ▶ Buprex comprimido sl y ampollas.

Dosis:

- ▶ Dosis inicial: ½ -1 parche de 35 x 72 horas. Buprex: 0,2mg x 8horas. Dosis extras Buprex 0,2mg sl.
- ▶ Dosis equianalgésicas:
 - Buprenorfina TTS: Bupr. SL: Bupr. Amp.----- 35 : 0,4-0,8 : 0,3-0,6
 - Morfina: Buprenorfina ----- 30-60mg : parche de 35

HIDROMORFONA:

Presentaciones:

- ▶ JURNISTA: 4, 8, 16, 32mg.

Dosis:

- ▶ Comenzar con dosis bajas (máximo 8mg/día) e ir titulando según respuesta analgésica (incrementos cada 2 días de entorno al 25% de la dosis). No comercializada en nuestro país Hidromorfona de liberación rápida.
- ▶ Dosis equianalgésicas:
 - Morfina oral /Hidromorfona:----- 40mg: 8mg

TAPENTADOL:

Presentaciones:

- ▶ PALEXIA RETARD 50mg, 100mg, 150mg, 200mg., 250mg.

Dosis:

- ▶ Comenzar con dosis bajas x 12horas e ir subiendo 50mg cada 3 días hasta control analgésico.
- ▶ Dosis equianalgésicas:
 - Morfina oral/Tapentadol:----- 40mg : 100mg

Dra. Jara Velasco García Cuevas

Médico Geriatra

Comité del dolor

ANEXO XI

RECOMENDACIONES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS II

La enfermera realiza un trabajo importante en la cadena de seguridad del paciente. Actúa como una barrera en la prevención de incidentes que pueden llegar a afectar al paciente. Desde la Unidad Funcional de Riesgos, en la que la Farmacia tiene un papel muy relevante, se recomienda:

- ▶ Comprobar en cada administración: identidad del paciente, nombre del fármaco, hora, dosis, y vía de administración (los 5 pilares de la seguridad del medicamento: el medicamento adecuado, la dosis adecuada, por vía adecuada, en el momento adecuado y para el paciente correcto).
- ▶ Comprobar el etiquetado del envase antes de su utilización.
- ▶ Comprobar el correcto estado de las alimentaciones enterales, identidad e indicación del paciente.
- ▶ Los medicamentos que aporta el paciente, figuran en la hoja de administración y en observaciones se indica la pauta, dosis... Se deben guardar en el cajetín de unidosis de farmacia. Desde Farmacia se intentará reducir al máximo los medicamentos aportados por el paciente, solicitando a los médicos el cambio por un fármaco de la guía hospitalaria.
- ▶ Una medicación sin pautar por el médico, no se puede administrar al paciente ni dispensar desde farmacia, incluso aunque esté en el pixys (excepto las urgencias).
- ▶ En el caso de pacientes que requieran la administración de formulas magistrales, solicitarlas a farmacia con un tiempo de anticipación para que se puedan elaborarlas.
- ▶ La medicación de devolución, incluidas las altas, debe quedarse en el cajetín de cada paciente porque se contabiliza individualmente. No quitar la pegatina de identificación del cajetín.
- ▶ Las observaciones que se ponen en cada medicamento es importante leerlas detenidamente y consultar las dudas con su médico, el médico de guardia o con Farmacia.
- ▶ Los parches de medicación vía transdérmica, cuando se modifica el horario o la dosis, se debe registrar la nueva fecha y dosis de la administración.
- ▶ No escribir en los envases de los medicamentos. La medicación de devolución cuyo envase está en perfecto estado, se reutiliza al día siguiente.

1) Utilización de los Pixys:

- ▶ Sacar la medicación del paciente correspondiente y la cantidad que se precise.
- ▶ Las insulinas (viales, o bolígrafos) cuando se sacan de la nevera se deben registrar como extracción del pixys.
- ▶ En primer lugar se debe buscar la medicación por principio activo y si no por nombre comercial.

Agilizar la comunicación relacionada con el tratamiento farmacológico para favorecer la seguridad del paciente:

1) Entre los profesionales en contacto con los pacientes:

- ▶ Transmitir al médico de la planta, o en su defecto al de guardia, las dudas o problemas detectados en la administración para que cuanto antes se pueda resolver y no afecte al paciente.
- ▶ En el cambio de turno transmitir al compañero y dejar por escrito en la historia del paciente, los cambios o problemas detectados (administración de un fármaco fuera de hora, aparición de una reacción alérgica, falta de un fármaco...).
- ▶ Transmitir a las auxiliares de cada paciente, si hay algún fármaco que requiere algún cuidado o precaución extra en la administración.

2) Favorecer la comunicación entre farmacia y planta para corregir de inmediato los problemas detectados:

- ▶ Registrar las dudas y las propuestas de mejora, en la hoja elaborada por farmacia. Depositarla en el buzón de farmacia. El farmacéutico intentará dar respuesta lo antes posible.

Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios

Septiembre de 2015

ANEXO XII

MEMORIA SERVICIO DE RADIOLOGIA AÑO 2015

El servicio de Radiología de Hospital Guadarrama ha realizado y cumplido con el protocolo de seguridad en cuanto al mantenimiento de los aparatos de radiodiagnóstico del Servicio según especificaciones del fabricante y de la normativa legal vigente.

Tanto las instalaciones de la sala de radiología, como los despachos y el personal técnico, cumplen los requisitos exigidos por la Ley y no sobrepasan la radiación máxima permitida. Se cumple con la normativa en realización con la seguridad, las señalizaciones del área de radiación y las medidas técnicas que permitan la total seguridad de nuestras instalaciones.

A lo largo del año se han realizado las inspecciones pertinentes por la empresa INSTRUMENTACIÓN RADIOLOGICA S.L (día 24 de noviembre de 2015) emitiéndose los certificados pertinentes de idoneidad tanto del aparato fijo como del dispositivo portátil.

Se detectó una incidencia con la mesa de exposición radiológica del dispositivo fijo llevándose a cabo una apertura de incidencia el día 2 de octubre que fue cerrada a las 24 horas con la reparación de la pieza afectada y la limpieza del interruptor del freno de la mesa.

Como labor docente se impartió una sesión clínica al servicio médico sobre la idoneidad de la petición de pruebas radiológicas en nuestro Hospital.

Diciembre 2015

Dr. Óscar Escolante

Responsable de Radiología