

Jornada Científica de Sistemas de Notificación de incidentes de seguridad para el aprendizaje.

 29 de mayo 2025

 Salas Polivalentes, Ministerio de Sanidad

Mesa Redonda 2:
Boletín de Seguridad del Paciente del H.U.
Poniente: Utilidad del feedback para aprender de
los errores y mejorar.

M^a Ángeles Castro Vida. Jefa de Servicio de Farmacia
del Hospital Universitario Poniente.
El Ejido. Almería. Andalucía



SINASP
Sistema de Notificación
y Aprendizaje para la
Seguridad del Paciente



A Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo

 **ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía





- EL EJIDO. ALMERÍA.





ANÁLISIS INCIDENTES NOTIFICADOS HU PONIENTE



- DEBILIDAD CLAVE: falta de un sistema estructurado de retorno de la información a los profesionales.
- TENDENCIA ASCENDENTE Nº NOTIFICACIONES...→ persistía una percepción limitada sobre la utilidad del sistema, debido a la escasa visibilidad de las mejoras derivadas de los análisis.

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales 2022 (Versión 2.0)

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos y los incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo. Si alguna pregunta no corresponde a su situación, o a su hospital o si no sabe la respuesta, por favor, marque la casilla “No aplica o No sabe.”

- **“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.
- Un **“evento de seguridad del paciente”** se define como cualquier tipo de error, equivocación, o incidente relacionado con el cuidado de salud, sin importar si causa daño al paciente.

Su Cargo

1. ¿Cuál es su cargo en este hospital?

Marque solo UNA respuesta

Carencias:

- “Feedback y comunicación sobre errores”
- “Aprendizaje organizativo”





ANÁLISIS



Revisión de notificaciones registradas entre 2018 y 2022.



Revisión de los informes anuales de la Comisión de Seguridad del Paciente.



Análisis de los resultados del Cuestionario de Cultura de Seguridad.



Revisión bibliográfica sobre herramientas de feedback efectivo en sistemas de notificación.



Consulta a grupos clínicos, responsables de unidades y miembros de la Comisión de Seguridad del Paciente.

**Falta de
visibilidad de las
acciones de
mejora
implementadas**

**Escasa
percepción de
retorno tras la
notificación**

**Déficit de
reconocimiento
profesional del
notificador**

**Necesidad de
materiales
didácticos para
difundir buenas
prácticas**

OBJETIVOS



Ofrecer **feedback** útil y periódico sobre los incidentes notificados y su gestión.



Visibilizar las **acciones de mejora** derivadas del **análisis** de los incidentes.



Difundir buenas prácticas, campañas, proyectos y eventos en SP.



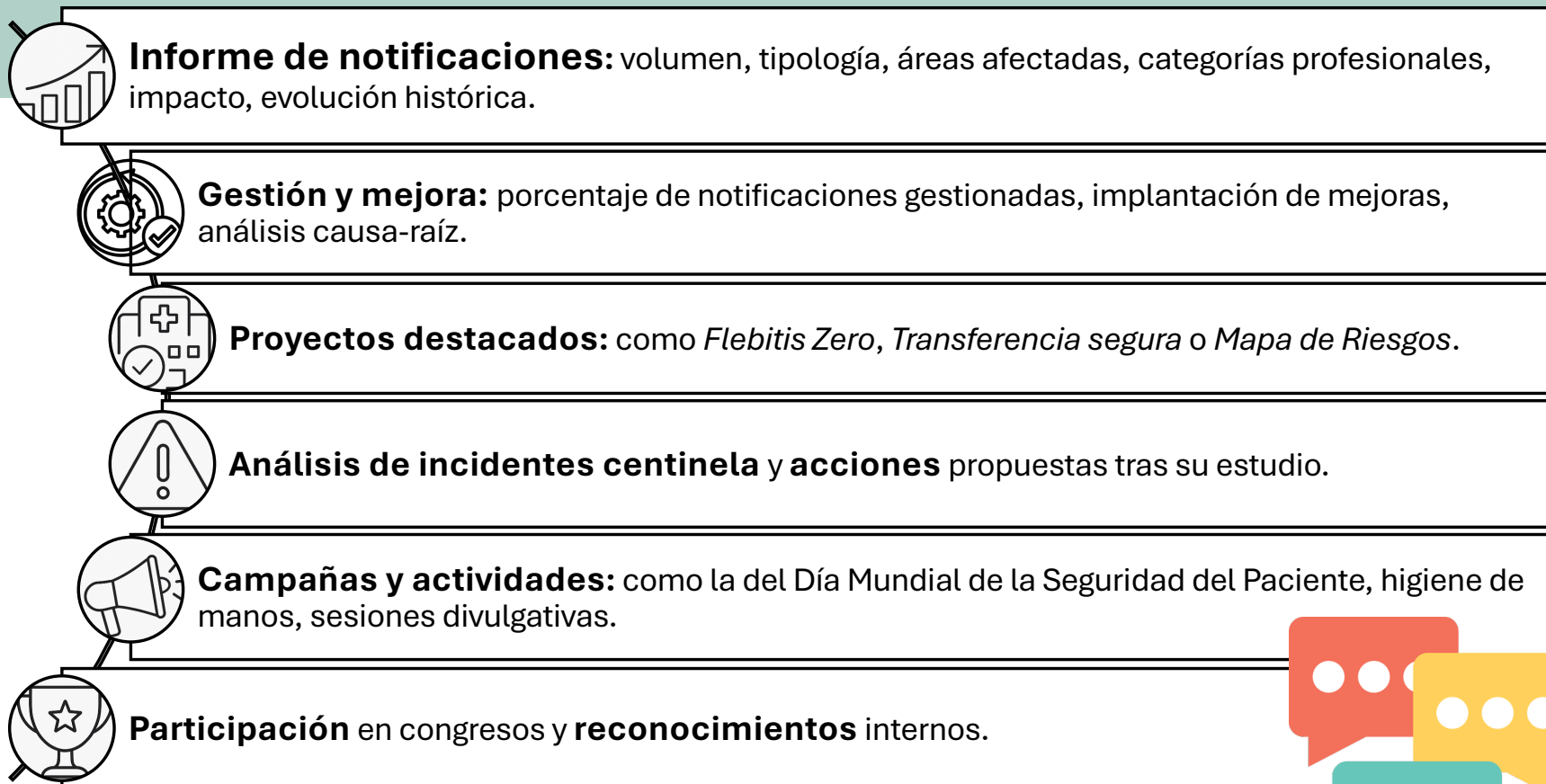
Estimular la **participación activa** en el sistema de notificación.



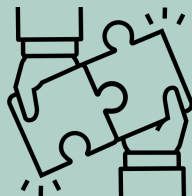
Reforzar la **cultura de seguridad** del paciente en el hospital.

Boletín de Seguridad del Paciente del H.U. Poniente

DISEÑO DEL BOLETÍN DE SP



Elaboración COLABORATIVA



Publicación y difusión

Frecuencia cuatrimestral.

Formato digital (PDF) accesible desde la intranet del hospital.

Difusión a través del correo institucional y cartelería con códigos QR.

Incluye canales para recibir sugerencias y nuevas aportaciones.



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 04
Abril de 2023



Contacta con nosotros:

Puedes enviar tus sugerencias a través del correo:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Comunicación de eventos:



<https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>

#SegPacPoniente

#SomosPoniente

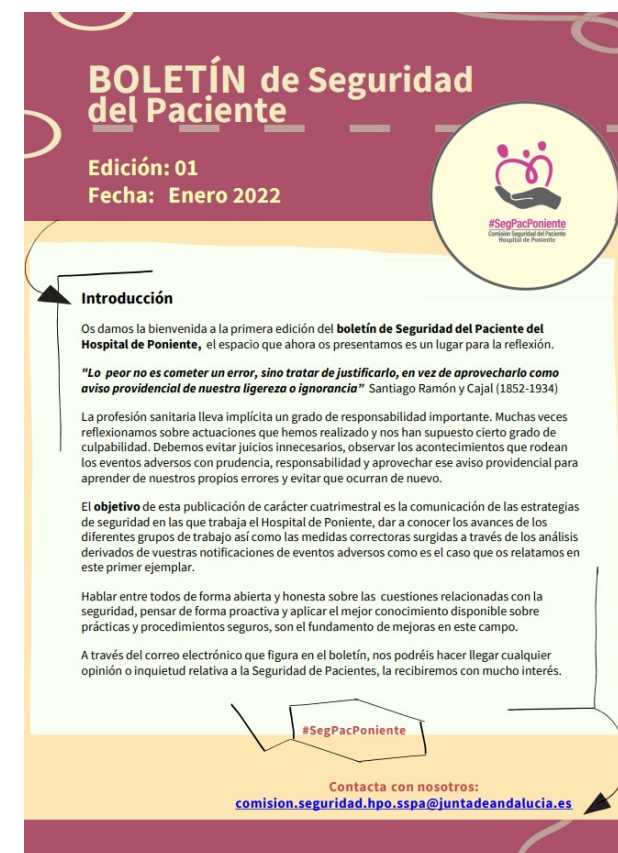


Os damos la **bienvenida a la primera edición del boletín de Seguridad del Paciente del Hospital de Poniente**, el espacio que ahora os presentamos es un **lugar para la reflexión...**



"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 01
Fecha: Enero 2022



Líneas de mejora.

Uso de llaves de tres pasos de diferente color para las líneas arteriales o en su ausencia identificarlas con una pegatina de color rojo "Arteria. No administrar medicación" suministradas por la Unidad de Farmacia.

Asignación de profesionales de nueva incorporación a pacientes de baja complejidad hasta reciclaje efectivo.

Sesión de difusión en el servicio implicado de líneas de mejora adoptadas a partir de fecha de gestión del incidente.

Comunicación de riesgos en briefing diario a todos los profesionales de la unidad.

En la medida de lo posible, realizar reciclajes previos de profesionales que se vayan a incorporar a "servicios especiales".

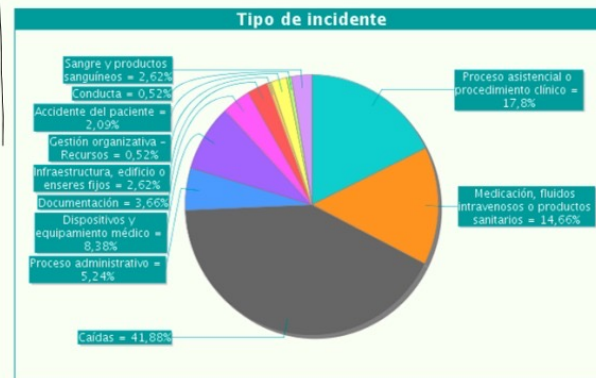
ARTERIA
NO
Administrar Medicación

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 01
Fecha: Enero 2022



Notificación de incidentes año 2021



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 01
Fecha: Enero 2022



Contacta con nosotros:

Sugerencias: comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es



Comunicación de eventos:

<https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022



EVENTO ADVERSO

INCIDENCIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADA CON UN ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA

Caso

- El caso presentado en este número ocurrió durante una provocación oral en la Unidad de Pediatría. El paciente ingresó para descartar la alergia a un alimento. Tanto la prueba como el cálculo de dosis de medicación a administrar en caso de anafilaxia se realizaron en la consulta tal y como marca el procedimiento.
- En la Unidad se vuelven a comprobar constantes, peso y que las condiciones del paciente sean las adecuadas para efectuar la prueba. El pediatra responsable del paciente, revisa Historia Clínica, realiza exploración física y habla con la familia. Tras la revisión entendió que la posibilidad de sufrir una reacción severa tras la ingesta del alimento era alta por lo que indicó la canalización de un catéter periférico para más seguridad.
- También se revisó dosis de medicación y vía de elección (adrenalina 1:1000 IM).



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022



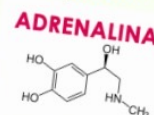
EVENTO ADVERSO

Evento Adverso

- Tras la provocación, el paciente presentó una reacción anafiláctica. En ese momento, el médico responsable no estaba en la planta, le había comentado el caso a otro facultativo para que estuviera pendiente del paciente. Se administró la adrenalina por vía intravenosa en lugar de la vía intramuscular, que era lo indicado. Aunque la dosis prevista de adrenalina era no diluida y dado que la cantidad a infundir era pequeña, la enfermería diluyó la medicación para su administración intravenosa.
- Cuando el pediatra de referencia volvió a la planta se le comunicó que habían administrado la adrenalina intravenosa y en ese momento se detectó el error, si bien la dosis y la dilución finales de adrenalina eran correctas para el peso y la vía de administración, aunque no correspondía a lo indicado.
- El error no tuvo consecuencias clínicas adversas. El episodio se resolvió adecuadamente con la medicación administrada.

Propuestas de mejora

- Administración conforme a norma de fármacos de alto riesgo a través de la comprobación mediante un sistema de "doble firma". Imprescindible comprobar dosis y vía de administración oralmente.
- En el caso de que la prueba, por cualquier motivo, la deba efectuar personal diferente al destinado inicialmente, éstos, deberán realizar una verificación completa del caso previo a la provocación.
- Realización de sesiones interdisciplinares sobre el manejo de anafilaxia.
- Difusión del plan de mejoras.



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022

PROTOCOLO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL HOSPITALARIO

El Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital Universitario marcha una línea de mejora del procedimiento transfusional hospitalario de Gestión **Hemocod**.

Este sistema integra las aplicaciones Ariadna y Gestión de Banco de solicitar una transfusión, obteniendo datos demográficos, ubicación prescriptor, garantizando de esta manera la identificación inequívoca.

Desde el punto de vista de la trazabilidad, controla la caducidad del permite la impresión del consentimiento informado, así como el est observaciones o alarmas relacionadas con la prescripción.

El procedimiento **Hemocod** se encuentra en fase de prueba median Transfusión en el Servicio de Urgencias y en la Consulta de Enferme sustituyendo a la solicitud tradicional en papel. En fases posteriores móviles con lectura electrónica de códigos, que garanticen una traz adecuadas. Finalmente, el formato tradicional en papel, quedará res urgencia.

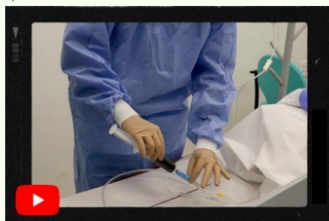


BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022

VÍDEO: ADMINISTRACIÓN DE MITOMICINA EN UROLOGÍA

El facultativo especialista en Farmacia Hospitalaria, José Canto nos explica en un vídeo las pautas para una administración segura de mitomicina en pacientes de Urología. Podéis acceder al vídeo a través del código QR.



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, #ISMP-España ha publicado un que recoge los 10 tipos de errores de medicación con consecuencias más graves notifi los profesionales sanitarios al Sistema de Notificación y Aprendizaje de Errores de Me SINASP.

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha resumido en infografía principales datos de estos errores, ejemplos de incidentes y medidas para int evitarlos. Podéis consultarlas en este enlace a su cuenta de Instagram:

<https://www.instagram.com/p/CemLLiGjbl7igshid=MDJmNzVkMjY%3D>

Es responsabilidad de todos mejorar la seguridad del paciente

Os dejamos enlace al boletín del ISMP para ampliar información:

<https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2051%20%28Junio%202022%29.pdf>

1	Errores por incorrecta identificación del paciente
2	Errores por omisión o retraso de la medicación
3	Errores en pacientes con alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales
5	Errores por la toma de medicación del propio paciente en el hospital
6	Errores en las prescripciones verbales
7	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
8	Errores por la administración de dosis elevadas de paracetamol IV en niños
9	Errores por similitud en el nombre o en la apariencia de los medicamentos
10	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022

BRIEFING

¿Te apetece conocer algo más sobre Comunicación y Seguridad del Paciente? Contacta con el referente en transferencia segura de tu unidad.

Briefing de Seguridad

Donde lo hacemos ya	Seguimos trabajando en
☒ Planta Cardiología y Digestivo	☒ Planta Traumatología
☒ Planta Medicina Interna	☒ Uci
☒ Hemodiálisis	☒ Área Quirúrgica
☒ Pediatría	☒ Planta Cirugía
☒ Farmacia	☒ Consultas Externas
☒ Salud Mental	☒ Urgencias
	☒ Paritorio



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022



FLEBITIS ZERO

La flebitis es una de las principales complicaciones que pueden producirse en paciente con un acceso venoso. Se define como la inflamación de la pared de la vena debida a una alteración del endotelio y se caracteriza por la presencia de los siguientes signos y síntomas: dolor, eritema, sensibilidad, calor, hinchazón, induración, purulencia o cordón venoso palpable.

El Proyecto Flebitis Zero (FZ) pretende contribuir a preservar el 'patrimonio venoso' de los pacientes y tiene como objetivos garantizar un acceso venoso seguro, eficaz y mínimamente agresivo para el paciente, disminuyendo la variabilidad en los cuidados, así como prevenir y reducir los eventos adversos e incidentes relacionados con estos procedimientos; y promocionar el análisis y evaluación de las medidas instauradas favoreciendo la mejora continua.

En la Intranet del Hospital Universitario Poniente, en el apartado del Servicio de Prevención, podéis encontrar numerosa documentación sobre el proyecto, accesible a través del enlace: https://www.hospitaldeponiente.es/intranet/index.php?seccion=prevencion_higiene&accion=flebitis_zero



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 02
Fecha: Junio 2022



DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS

El pasado 5 de mayo el Hospital Universitario Poniente se sumó a la conmemoración del Día Mundial de la Higiene de Manos, una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la que se pretende concienciar tanto a profesionales como al conjunto de la ciudadanía, a cerca de la importancia de esta medida para mejorar la calidad de la atención y reducir las infecciones.

En esta ocasión, la comisión de Seguridad del Paciente y el servicio de Prevención llevaron a cabo diferentes actividades, como sesiones formativas, difusión de material gráfico y audiovisual, o adicción de códigos QR en los informes de alta de los pacientes, con enlace a un vídeo gráfico sobre cómo realizar una correcta higiene de manos, disponible en el canal de Youtube del hospital y que podéis ver en este enlace:

<https://youtu.be/c-lfHKO4zk>



BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición: 04
Abril de 2023



#SegPacPoniente

#SomosPoniente

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Hospital Universitario Poniente



#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

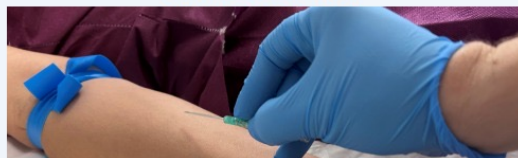
Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Hospital Universitario Poniente

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición 4. Abril de 2023

Introducción



Edición 4. Abril de 2023

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

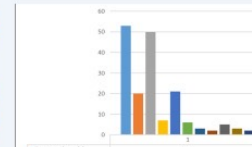
BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición 4. Abril de 2023

Informe de Notificaciones 2022

A lo largo del pasado año 2022 se han realizado un total de **178 notificaciones** al Sistema de Notificación Autonómica para la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

Con respecto al tipo de incidente notificado, los mayoritarios han estado relacionados con el proceso asistencial (53, el 29,7%), las caídas (50, el 28,08%), los dispositivos y el equipamiento médico (21, el 11,79%) y la medicación, fluidos intravenosos o productos sanitarios (20, el 11,23%).



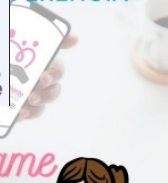
BOLETÍN de Seguridad del Paciente
Edición 4. Abril de 2023

Edición 4. Abril de 2023

Agencia Segura

ha instaurado en nuestro centro cada uno de los traslados entre unidades de la unidad de origen a la de destino. Este proyecto se llama una de las estrategias del grupo de trabajo para el paciente.

TRANSPARENCIA DE REFERENCIA



#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Hospital Universitario Poniente

Flebitis Zero

Flebitis Zero es un proyecto desarrollado por varias sociedades científicas y avalado por el Ministerio de Sanidad.

El proyecto tiene tres objetivos principales:

- Garantizar un acceso venoso, eficaz mínimamente invasivo para el paciente, disminuyendo la variabilidad en los cuidados.
- Prevenir los eventos adversos e incidentes relacionados con estos procedimientos.
- Promocionar el análisis y evaluación de las medidas instauradas, favoreciendo la mejora continua.

El Hospital universitario Poniente inició su implantación en el año 2021, bajo el liderazgo del Servicio de Medicina Preventiva y con la participación de profesionales de hasta 6 servicios.



En 2021 se inició la recogida de información sobre catéteres venosos periféricos (CVP) en las plantas Quinta Levante (Neumología, Medicina Interna), Tercera Levante (Cirugía) y Primera Levante (Pediatria).

En 2022 se amplió esa recogida de información a la Quinta Levante (Cardiología), Tercera Poniente (Traumatología) y Cuarta Levante (Medicina Interna).

De cara a 2023 se ampliará la recogida de datos a la Quinta Levante (Neumología, Digestivo y Medicina Interna), la Cuarta Poniente (Medicina Interna) y la Tercera Levante (Cirugía).

Pasa a la página siguiente

#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Hospital Universitario Poniente

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición 4. Abril de 2023

Cuestionario de Autoevaluación del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales

El **Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales** es una herramienta proactiva de mejora de la seguridad que fue desarrollada originariamente por el *Institute for Safe Medication Practices* en Estados Unidos.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, delegación en España del ISMP, con el apoyo y financiación del Ministerio de Sanidad y la colaboración técnica de un grupo de expertos de varios hospitales españoles adaptó este cuestionario para su utilización en nuestro país en el año 2007 y realizó una segunda versión actualizada en 2018.

En nuestro Hospital, siendo Agencia, se ha llevado a cabo con anterioridad en 4 ocasiones, la última en 2013.

Se trata de un instrumento para la mejora de la calidad, que se recomienda utilizar en los hospitales realizándolo con

una periodicidad bianual, con los objetivos que a continuación se detallan. Desde la Comisión de Seguridad del Paciente (CSP) y la Unidad de Farmacia hacemos estos objetivos nuestros:

- Evaluar en los hospitales la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos, identificando oportunidades de mejora, planificando prácticas seguras y evaluando un seguimiento de sus progresos.

- Cumplimentar periódicamente como parte de las actividades de mejora continua de la seguridad de los medicamentos en los hospitales.

- Avanzar en el reto mundial de seguridad del paciente "Medicación sin daño", lanzado por la Organización Mundial de la Salud.

Durante 2023 se trabajará en algunas de las deficiencias encontradas esperando seguir avanzando hacia una atención más segura.

Puntuación total del cuestionario: 64,22%	
Grupos de trabajo USO SEGURO MEDICAMENTOS - COORDINADORAS	
Año 2023	
Cuestionario de Autoevaluación del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales	
Ítem	Puntuación
I. Información sobre los pacientes	18/18 (100%)
II. Información de los medicamentos	17/20 (85%)
III. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación	7/8 (87,5%)
IV. Evaluación, emisión y revisión de los medicamentos	50/50 (100%)
V. Estándarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos	14/15 (93,3%)
VI. Evaluación, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos	4/10 (40%)
VII. Política del sistema	50/50 (100%)
VIII. Competencia y formación del personal	50/50 (100%)
IX. Educación al paciente	50/50 (100%)
X. Programa de calidad y gestión de riesgos	20/20 (100%)

#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

Hospital Universitario Poniente

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición 4. Abril de 2023

Cuestionario de Seguridad del Paciente

Con el Objetivo de analizar la cultura de la Seguridad del Paciente que tienen los profesionales del Hospital Universitario Poniente y para conocer las fortalezas y las debilidades que influyen en dicha percepción, durante 2022 se llevó a cabo un **Cuestionario de Seguridad del Paciente**, en el que muchos de nuestros lectores seguro participasteis.

Se trató de un estudio transversal y descriptivo. El instrumento fue un cuestionario que mide la 'Cultura de Seguridad del Paciente' en el ambiente hospitalario (SOPS), adaptado al español y realizado originalmente por la Agency for Healthcare Research and Quality (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), s. l.)

Para la medición de la cultura de SP el

cuestionario SOPS tiene en cuenta un total de 12 dimensiones y 34 ítems. El análisis de los resultados tuvo en cuenta la dimensión en su conjunto y cada ítem por separado.

Además de poder identificar áreas de mejora, sobre las que ya se está trabajando (principalmente en Transferencia Segura), se han publicado los resultados en la revista científica *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Referencia:

Segura-García MT, Castro Vida MÁ, García-Martin M, Álvarez-Ossorio-García de Soria R, Cortés-Rodríguez AE, López-Rodríguez MM. Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):2329.



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9916148/>



#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

BOLETÍN de Seguridad del Paciente

Edición 4. Abril de 2023

Congreso de Seguridad del Paciente 2023

Los días 14 y 15 de junio se celebrará en Granada el Congreso de Seguridad del Paciente 2023, bajo el lema 'Construyendo sinergias para la seguridad del paciente'.

Este evento es una iniciativa de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Socio-sanitaria y Consumo de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, organizado a través de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA).

Este encuentro tiene como objetivo constituirse en un hito periódico de referencia científica en seguridad del paciente.

La organización del evento es fruto del trabajo colaborativo de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA y la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el respaldo del Servicio Andaluz de Salud y en colaboración con diversas sociedades científicas, grupos profesionales y otras organizaciones interesadas en la excelencia de la asistencia sanitaria.

Más información en:

<https://congreso.seguridadpaciente.es/2023/>



#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es



**BOLETÍN de
Seguridad del Paciente**

Edición: 04
Abril de 2023



Contacta con nosotros:

Puedes enviar tus sugerencias a través del correo:

comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Comunicación de eventos:



<https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>

#SegPacPoniente

#SomosPoniente

Evento Adverso

Análisis Causa-Raíz de un incidente relacionado con la Administración errónea de paracetamol intravenoso en niños

El Análisis Causa-Raíz (ACR) en una técnica cualitativa que consiste en un proceso secuencial de preguntas, que proporciona un marco estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización.

La premisa de partida es evitar centrar la atención en culpar al profesional, ya que lo que interesa es conocer los errores latentes del sistema para buscar posibles soluciones. Por tanto, se emplea para descubrir esos errores que subyacen en un proceso centinela (efecto adverso de gran relevancia). Es una técnica complementaria para la prevención de errores y puede orientar hacia medidas de mejora.

A través del Sistema de Notificación de Incidentes para la Seguridad del Paciente en Andalucía se notificó un incidente ocurrido en Urgencias, zona de Observación Pediátrica del Hospital Universitario Poniente. El evento fue notificado a la Comisión de Seguridad del Paciente, al equipo directivo del Hospital Universitario Poniente y a los responsables de la unidad en la que se produjo.

El evento es considerado 'Evento Centinela' por lo que, se activa el Comité Permanente de la Co-

misión de Seguridad del Paciente, para realizar el ACR, estrategia dirigida a reducir o controlar los riesgos de la asistencia sanitaria.

El PARACETAMOL es probablemente el analgésico-antipirético de uso más extendido en la población pediátrica. La administración de paracetamol a dosis tóxicas vía oral, mayores de 150 mg/kg, puede desencadenar un cuadro clínico con



Pasa a la página siguiente

<https://www.seguridadpaciente.es/sistema-de-notificaciones/>

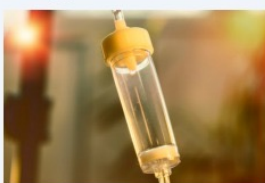
#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Evento Adverso

Análisis Causa-Raíz de un incidente relacionado con la Administración errónea de paracetamol intravenoso en niños

Viene de la página anterior



una grave afectación hepática.

A continuación, se exponen las acciones de mejora propuestas por los profesionales que han participado en el Análisis Causa Raíz con las siguientes recomendaciones:

A) Revisión y difusión del protocolo de administración de Paracetamol. Hay que tener en cuenta las recomendaciones de Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios que se describen a continuación:

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) recomienda a los profesionales sanitarios (https://www.aemps.gob.es/informa/ni-muh_05-2012/#):

1. De forma adicional a la prescripción en miligra-

mos, especificar en mililitros la dosis de paracetamol IV que se desea administrar.

2. Siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan, en los pacientes con ≤ 10 kg de peso no se perfundirá el medicamento directamente desde el vial o la bolsa. El volumen de paracetamol a administrar se diluirá hasta 1/10 en una solución de cloruro sódico al 0,9% o de glucosa al 5% y se administrará en perfusión continua durante al menos de 15 minutos.

3. El intervalo mínimo entre cada administración de paracetamol IV debe ser de al menos 4 horas y no deben administrarse más de 4 dosis en 24 horas.

4. Para los pacientes, tanto adultos como niños de ≤ 50 kg, los cálculos de dosificación se realizarán en función del peso.

6. La prescripción en mililitros se recomienda de forma adicional a la realizada en miligramos.

7. La dilución del preparado de paracetamol para su administración en pacientes de 10 kg de peso o menos, se realizará siempre que las condiciones clínicas del paciente lo permitan.

B) Administrar en el área pediátrica toda la medicación mediante bomba de infusión. Esto supone un elemento de seguridad en el paciente pediátrico ya que es importante conocer las presiones (deben estar programadas en paciente pediátrico), cantidad administrada y velocidad

Pasa a la página siguiente

#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Evento Adverso

Viene de la página anterior

Análisis Causa-Raíz de un incidente relacionado con la Administración errónea de paracetamol intravenoso en niños

Viene de la página anterior

de infusión.

C) No usar un sistema de infusión normal para administración de medicación en el paciente pediátrico. Recomendación de "NO HACER".

D) No reutilizar medicación. Realizar un doble chequeo.

E) Para la administración de paracetamol en niños es correcto prepararlo antes de administrarlo, en vez de colocar el vial entero en la bomba de infusión y programar el VAL. Es más seguro sacar del vial la cantidad a administrar si es poca y diluirla o bien, extraer del vial la cantidad que no se va a administrar antes de colocarlo en la bomba de infusión. Posteriormente, lavar la línea con suero fisiológico.

F) Reforzar la práctica de administrar solo lo elaborado por una misma (MISMO PROFESIONAL). No administrar lo preparado por otra persona.

G) Reforzar la importancia de verificar tanto en mg. como en ml. la dosis a administrar en base a lo prescrito.

H) Restricción en la prescripción de Paracetamol intravenoso, solo en casos estrictamente necesarios.

I) Configuración de las bombas de infusión, en unidades susceptibles de ocurrencia del evento, a programación con control de presión para uso

en pacientes pediátricos. Gestión con casa comercial.

J) Identificación de las bombas adaptadas con control de presión para uso en pacientes pediátricos y ubicación en U. Pediatría, Quirófano y Observación Pediátrica.

K) Disponer de algún libro de consulta de dilución y preparación de medicación en pediatría para poder consultar. Consensuar en U. Pediatría: Elección de una Guía o fuente de información, formato digital o físico, localización.

H) Profesionales que prestan atención en pediatría con práctica y experiencia en pacientes pediátricos, estabilización de plantilla en la medida de lo posible.

Recientemente, en el año 2022, se publicó un boletín del ISMP en el que se recogían incidentes relacionados con errores de administración de paracetamol intravenoso en niños entre los más frecuentemente notificados".
<https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2051%20%28Junio%202022%29.pdf>

ISMP España
Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación
Errores de medicación de mayor riesgo para los pacientes notificados en 2021

NÚMERO 51 - JUNIO 2022

#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

Mapa de riesgos: Unidad de Obstetricia y Ginecología



En la Unidad de Obstetricia y Ginecología existe un grupo de trabajo de profesionales interesados en temas relacionados con la Seguridad del Paciente. Su objetivo es impulsar la gestión proactiva y reactiva de los riesgos, incidentes y eventos adversos en la Unidad, con un enfoque orientado al aprendizaje y la mejora continua. Para ello, se realiza la actualización del mapa de riesgos asistencial.

El **mapa de riesgos** es una herramienta que muestra gráficamente los riesgos más relevantes de procesos de atención de la Unidad de Obstetricia y Ginecología.

#SegPacPoniente

comision.seguridad

Mapa de riesgos: Unidad de Obstetricia y Ginecología

Metodología: se desarrolla en 7 sesiones. El grupo de trabajo es multidisciplinar y formado por las ginecólogas Cristina Navarro y María Teresa Maroto; las enfermeras Pablo Asensio Pastor y

deración del **Índice de Prioridad para cada Riesgo** (IPR). El IPR se calcula automáticamente en la plantilla AMFE, como resultado de multiplicar el valor otorgado a cada uno de los tres criterios:

Introducción



En este número de nuestro Boletín de Seguridad del Paciente podrás encontrar en primer lugar un resumen del Informe de Notificaciones 2023 del Observatorio de Seguridad del Paciente de nuestro centro, que recoge las alertas remitidas por profesionales y ciudadanía. Han sido un total de 201, de las que 197 han sido realizadas por profesionales y 4 han sido formuladas por la ciudadanía.

En el análisis del evento adverso, en este número os proponemos el resultado del estudio causa-raíz realizado tras un caso de administración de una dosis errónea de paracetamol por vía intravenosa a un menor, que incluye propuestas de mejora para minimizar los riesgos.

Se ha iniciado la elaboración del Mapa de Riesgos de las Consultas Ex-

ternas de Ginecología y Obstetricia. Su objetivo es impulsar la gestión proactiva y reactiva de los riesgos, incidentes y eventos adversos en la Unidad, con un enfoque orientado al aprendizaje y la mejora continua.

En el ámbito del uso seguro del medicamento, se han constituido dos grupos de trabajo para realizar los cuestionarios ISMP en las Unidades de Urgencias y UCI. Os informamos de ello.

¿Salinización o heparinización de vías intravenosas? Os explicamos cual es la mejor alternativa.

En el apartado habitual dedicado a la Higiene de Manos, os presentamos el video elaborado de forma conjunta por profesionales del Servicio de Prevención y Vigilancia Epidemiológica y la Unidad de Cuidados Intensivos.

En este número:
Informe de Notificaciones 2023

Evento Adverso:
Administración errónea de paracetamol a un menor

Mapa de Riesgos: Unidad de Obstetricia y Ginecología

Uso Seguro del Medicamento

Salinización VS Heparinización

Higiene de manos

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

#SegPacPoniente

Uso seguro del medicamento

Dentro del grupo de trabajo de Uso Seguro del Medicamento se han constituido dos subgrupos para realizar los cuestionarios del Instituto para la Seguridad del Medicamento (ISMP) por sus siglas en

apartados se dividen en 133 ítems, con un baremo de cinco posibilidades.

El grupo de trabajo en Urgencias está integrado por el subdirector médico, Miguel Ángel Baena, la jefedirectora de Enfermería, María Teresa Segura, responsable del servicio de Urgencias, Salvador Maroto, y los profesionales del servicio de Urgencias: Montserrat Luque, Cristina Ballesteros, Francisca Gallego, José Carlos Fernández, Mercedes Sánchez. Y por parte de la Unidad de Farmacia, su rectora María Ángeles Castro y los farmacéuticos Alba Martos y José Canto.

Para la UCI, el cuestionario está disponible en

<http://apps.ismp-espana.org/smi/>
<http://apps.ismp-espana.org/smi/ficheros/CuestionarioSMI.pdf>

En la UCI, son 147 los ítems de evaluación a cumplir.

El grupo de trabajo en esta unidad lo componen el responsable de Línea Quirúrgica, Hazem Alaskar, la jefedirectora de Enfermería, María Teresa Segura, director de la UCI, Emilio Robles-Musso; las gestoras de la unidad, Irene Puertas y Sonia García, el cultavito Francisco Javier Vassero, la enfermera armen Bautista; y como miembros de la Unidad de Farmacia, María Ángeles Castro y los farmacéuticos Alba Martos y José Canto.



Contacta con nosotros:
n.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

‘Dejar de hacer’: Salinización VS Heparinización

Durante el pasado año 2023, tras una exhaustiva revisión bibliográfica y las conclusiones extraídas de la implantación del proyecto ‘Flebitis Zero’, se ha implantado progresivamente en nuestro centro el cuidado y mantenimiento de las vías con suero fisiológico, frente a la opción sistemática de la heparinización de las mismas.

Es una medida con impacto, que genera tanto eficiencia asistencial como económica.

En el periodo de implantación hasta la actualidad no se ha observado aumento de incidencia o pérdida de catálisis de la vía intravenosa periférica.

La heparinización se reserva a partir de ahora para aquellos casos específicos en que así se aconseje, teniendo en cuenta el estado del catéter y la situación del paciente.



#SegPacPoniente

Contacta con nosotros:
comision.seguridad.hpo.sspa@juntadeandalucia.es

IMPACTO OBSERVADO

CUANTitativo:

- Aumento sostenido del número de notificaciones: de 105 (2018) a 222 en 2024.
- Incremento del porcentaje de notificaciones con propuestas de mejora (47,5% en 2024).
- Más del 90% de las notificaciones gestionadas en el mismo año.
- Mayor número de profesionales implicados en análisis causa-raíz y en los grupos de trabajo de la Comisión.

CUALitativo:

- Mejora en la percepción de utilidad del sistema de notificación (recogida en sesiones clínicas y foros internos).
- Ampliación del boletín como **espacio de reconocimiento de buenas prácticas**.
- Impulso de **proyectos** con alto impacto clínico: Mapa de Riesgos, Transferencia Segura, Higiene de manos, Flebitis cero, Salinización de vías, etc.

CONCLUSIONES

El Boletín de Seguridad del Paciente ha demostrado ser una herramienta



EFICAZ,

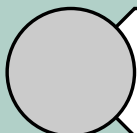


SOSTENIBLE,

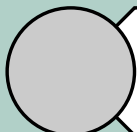


TRANSFERIBLE

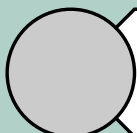
para promover el APRENDIZAJE ORGANIZATIVO y REFORZAR el FEEDBACK sobre los sistemas de notificación.



Su integración en la estrategia institucional ha favorecido una mayor **participación, transparencia y consolidación** de una **CULTURA PROACTIVA** en **SEGURIDAD DEL PACIENTE**.



Su estructura modular, su enfoque comunicativo y su desarrollo colaborativo permiten adaptarlo a distintas realidades organizativas sin necesidad de grandes recursos.



Su bajo coste y su alto valor como **herramienta de aprendizaje**, reconocimiento y cultura lo convierten en un modelo **REPLICABLE** para promover la seguridad del paciente en todo el sistema sanitario.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo



ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
del Sistema Sanitario Público de Andalucía





gracias



