

Experiencias de éxito en gestión de mejoras tras el análisis de los incidentes en los Sistemas de Notificación e incentivación de la notificación en AP

Estrategia de Seguridad del Paciente SNS



Elaborado por la Subdirección General de Calidad Asistencial, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Este documento recoge las 29 experiencias remitidas por las Comunidades Autónomas desde los centros sanitarios, y, valoradas positivamente para su difusión en respuesta a la convocatoria hecha en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente sobre “Experiencias de éxito en gestión de mejoras tras el análisis de los incidentes en los Sistemas de Notificación e incentivación de la notificación en AP”. 29 de mayo 2025.

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUCCIÓN	5
METODOLOGÍA	7
ANDALUCÍA	8
Experiencia 1. "Construyendo una Cultura de Seguridad: La Clave para Aumentar Notificaciones en AP"	8
Experiencia 2. " Modelo Integral de Mejora Asistencial: Activación del Sistema de Notificación y Rondas de Seguridad en Atención Primaria del AGS Osuna"	10
Experiencia 3. " Impacto de una intervención para mejorar la notificación y gestión de incidentes de Seguridad del paciente "	12
Experiencia 4. " Boletín de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Poniente: Utilidad del feedback para aprender de los errores y mejorar"	20
ASTURIAS	24
Experiencia 5. "Implementación de un ciclo de mejora en el Organismo Autónomo ERA tras un evento centinela en un centro residencial"	24
CANARIAS	32
Experiencia 6. " MEJORAS IMPLANTADAS EN ATENCIÓN SANITARIA TRANSVERSAL AL PARTO NO PLANIFICADO EXTRAHOSPITALARIO COMO RESULTADO DE ACR ANTE MUERTE MATERNAL"	32
CASTILLA Y LEÓN	35
Experiencia 7. " Estrategia de implantación de un sistema de notificación de incidentes: formación colaborativa y facilitadora"	35
Experiencia 8. "Caso clínico y gestión de incidente en zona sanitaria rural con falta de cobertura móvil."	40
CATALUÑA	44
Experiencia 9. "Alarma informática de resultados de anatomía patológica positivos"	44
Experiencia 10. "Mejora de la Seguridad en el Proceso Vacunal en Atención Primaria: análisis de notificaciones y diseño de soporte informativo para prevención de errores"	47
Experiencia 11. "La gestión de los eventos adversos como sistema para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el continuum asistencial"	54
Experiencia 12. "Incremento en las notificaciones de incidentes de seguridad de paciente en el ámbito de Atención Primaria Metropolitana Sud i Penedés. Resultado de la implantación de un plan estratégico de Seguridad"	58
Experiencia 13. "InfoFarma: Respuesta tecnológica a incidentes de seguridad del paciente y práctica de mejora continua en el uso de medicamentos."	64
LA RIOJA	72

Experiencia 14. “De los Datos a la Acción: Mejorando la Seguridad del Paciente con Rondas WalkRounds y Mapas de Riesgos”	72
Experiencia 15. “Buscando oportunidades de mejora en ámbito sociosanitario. Haciendo visible lo intangible”	89
COMUNIDAD DE MADRID	96
Experiencia 16. “La notificación de incidentes como herramienta de mejora de Seguridad del Paciente”	96
Experiencia 17. “Diferentes iniciativas para incrementar las notificaciones de IS”	103
Experiencia 18. “MAR en SAR”	106
Experiencia 19. “Como enfocar la seguridad en una unidad de endoscopia, más allá del procedimiento.”	109
Experiencia 20. “Proyecto de innovación en la detección y reducción de la recurrencia de acontecimientos adversos por medicamentos.”	114
Experiencia 21. “Seguridad del paciente y alergias medicamentosas: experiencia en la identificación visual con etiqueta adhesiva en pulsera de identificación”	120
Experiencia 22. “De SINOIRES a CISEMadrid: experiencia del cambio de sistema de notificación y su impacto”	123
Experiencia 23. “Estrategias Multidisciplinares para la Mejora de la Seguridad del Paciente en el Hospital de Día Médico”	126
Experiencia 24. ““Cero humo, poco riesgo”: El reto de lograr un hospital para pacientes con enfermedad mental, 100% libre de humo”	137
MURCIA	144
Experiencia 25. “Estrategia de mejora de la seguridad del paciente en incidencia de lesiones por presión.”	144
Experiencia 26. “Alarma no atendida en Urgencias”	149
COMUNIDAD VALENCIANA	152
Experiencia 27. “Implantación prescripción electrónica en neonatos y Uci-neonatos”	152
Experiencia 28. “Mejora de la notificación en SINEA tras campaña de formación en centros de salud del departamento de Alcoy”	156
Experiencia 29. “Ciclo de mejora en la atención de pacientes hospitalizados de especial supervisión o vulnerabilidad.”	161

INTRODUCCIÓN

En el artículo 59 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se definen una serie de elementos que configuran la infraestructura de la calidad que debe guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura. Dentro de estos elementos, se encuentra el registro de los incidentes de seguridad del paciente asociados a la asistencia sanitaria, que recoge información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial para la seguridad del paciente. Este registro tiene como finalidad identificar las causas y las consecuencias de los eventos adversos, así como proponer acciones de mejora para evitar su repetición o mitigar sus daños.

En España, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006-2010 estableció en su Objetivo 8.2 “Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes”. En la actualidad, la vigente Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, incluye en su línea Estratégica 3 “Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes”, el objetivo de “Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje”. Esto ha conllevado la implantación y desarrollo de estos sistemas en las CCAA, y ha impulsado su mejora mediante diferentes mecanismos de gestión.

El Ministerio de Sanidad realizó la Jornada “Aspectos Legislativos para avanzar en la cultura de Seguridad del Paciente” en 2019, en colaboración con los profesionales y Sociedades Científicas para establecer recomendaciones sobre el análisis de los incidentes y una propuesta de cambios normativos. Además, en el año 2023, realizó una jornada de experiencias de éxito en la gestión de los sistemas de notificación. Todo ello se plasmó en documentos que están publicados en la página web de Seguridad del Paciente.

Por otro lado, algunos hitos históricos han marcado el camino hacia la mejora de la seguridad del paciente en el ámbito europeo y mundial. Así, en el año 2004, la 56ª Reunión del Comité Europeo de Sanidad recomendó a los gobiernos de los Estados Miembros “asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes”, y “elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente”. En el mismo año, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con los objetivos de “formular una taxonomía de la seguridad del paciente, identificar y divulgar las

mejores prácticas, elaborar sistemas de notificación y aprendizaje, y lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza”. En la 74ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2021 se aprobó el Plan de Acción Mundial de la Seguridad del Paciente 2021-2030 con el título “Hacia la eliminación de todos los daños evitables en la atención de salud” en el cual se contempla en el objetivo estratégico 6. 1: “la notificación de incidentes de seguridad y los sistemas de aprendizaje”, instando a todas las partes (gobiernos, gestores sanitarios y centros sanitarios) a una serie de acciones para alcanzar ese objetivo. La OMS ha realizado una evaluación a nivel nacional en la cual ha participado España y que ha motivado la recogida de información sobre este objetivo y la realización de una jornada específica en la que se difundieran las mejores prácticas.

METODOLOGÍA

El Ministerio de Sanidad, realizó un llamamiento a los centros asistenciales para que remitieran experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Mediante la recogida de estas prácticas seguras se pretende visibilizar el trabajo se está desplegando para mejorar los Sistemas de Notificación en todos los ámbitos del SNS.

Cada CCAA ha seleccionado las mejores prácticas, que han sido remitidas al Ministerio de Sanidad, para su evaluación por un comité científico siendo seleccionadas finalmente 8.

El día 29 de mayo de 2025 tuvo lugar la Jornada Científica en la que se presentaron estas 8 prácticas seleccionadas, contando con una importante participación de los profesionales y centros sanitarios.

La relevancia de los proyectos recibidos hace necesaria su difusión como intercambio de conocimiento y modelo de aprendizaje para compartir experiencias en el SNS. Por esta razón, a continuación, se describen las prácticas valoradas positivamente para su difusión.

Desde el Ministerio de Sanidad se agradece profundamente el esfuerzo de los referentes de seguridad del paciente de las comunidades autónomas y de todos los centros que se han sumado a esta convocatoria y comparten los mismos objetivos, así como a los participantes por su compromiso y actividad de intercambio de experiencias para el aprendizaje.

ANDALUCÍA

Experiencia 1. "Construyendo una Cultura de Seguridad: La Clave para Aumentar Notificaciones en AP"

Autores y colaboradores: *Rosario Jiménez Caro, M^a Belén Lozano León, M^a Dolores Gómez Malpartida, Francisca de Borja Gallardo Camuñez, José Manuel Fernández Medina, Pedro Serrano Fernández, Francisco Javier Irala Pérez, Manuel Cardeñosa Márquez, M^a José Delgado Álvarez.*

Justificación

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la calidad asistencial. En el Área de Gestión Sanitaria de Osuna (AGS Osuna), se detectó la necesidad de reforzar la cultura de seguridad del paciente para mejorar la notificación de incidentes en el hospital y en los centros de salud. La implementación de formación dirigida a profesionales, complementada con el uso estratégico de pantallas de TurnoSAS para la difusión de información clave, se presenta como una oportunidad para sensibilizar, capacitar y fomentar buenas prácticas que reduzcan riesgos y promuevan un entorno seguro.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

A pesar de los esfuerzos realizados en el Área de Gestión Sanitaria de Osuna, se identificaron desafíos como un bajo nivel de notificación de incidentes y un conocimiento limitado sobre la importancia de las buenas prácticas de seguridad del paciente entre los profesionales. Estas brechas limitan la capacidad de los equipos para anticiparse y responder eficazmente a los riesgos, afectando la calidad asistencial y la seguridad en nuestros centros.

Análisis realizados:

Se llevaron a cabo las siguientes actividades para comprender el problema:

- Evaluación inicial: Revisión de las tasas de notificación de incidentes en el hospital y los centros de salud.
- Encuestas y entrevistas: Recopilación de datos sobre el nivel de conocimiento de los profesionales respecto a la seguridad del paciente.

- Estudio de herramientas comunicativas: Análisis de la efectividad de las pantallas de TurnoSAS como canal informativo.

Estos análisis evidenciaron la necesidad de implementar estrategias formativas y comunicativas para cerrar las brechas identificadas.

Actuaciones realizadas

- Formación profesional:

1.Organización de sesiones formativas dirigidas a todos los profesionales sobre temas clave como la importancia de la notificación de incidentes, la identificación de riesgos y la implementación de buenas prácticas.

2.Difusión de materiales educativos complementarios.

3.Uso de pantallas de TurnoSAS: Incorporación de mensajes (sistema notificación, higiene de manos, identificación...) y contenidos visuales en las pantallas de las Unidades de Gestión Clínicas (UGC) para sensibilizar sobre seguridad del paciente. Actualización regular de la información para mantener el interés y promover buenas prácticas

- Seguimiento: Supervisión de la implementación y efectividad de las acciones a través de auditorías periódicas, encuestas y reuniones de seguimiento.

Impacto

- Incremento en la notificación de incidentes: Se reportó un aumento del 50% en la tasa de notificación en los hospitales y los centros de salud tras la implementación de las acciones.
- Mayor sensibilización profesional: Más del 80% de los participantes en las formaciones reconocieron una mejora en su comprensión sobre la seguridad del paciente.
- Uso eficiente de pantallas: Las auditorías reflejaron un aumento del 70% en la atención de los usuarios a los mensajes mostrados en las pantallas.

Transferibilidad

La experiencia desarrollada en el AGS Osuna es altamente transferible a otros entornos asistenciales que busquen fomentar la cultura de seguridad del paciente y mejorar la notificación de incidentes. Las acciones implementadas, como la formación específica para profesionales y el uso estratégico de pantallas de turnos para crear cultura en sistema de notificación al usuario, representan herramientas versátiles y adaptables a diversos contextos. Este enfoque permite sensibilizar a los equipos sanitarios y establecer prácticas homogéneas en

hospitales y centros de salud. Además, la metodología utilizada, basada en cronogramas estructurados, materiales formativos y auditorías de seguimiento, ofrece un modelo replicable para otras áreas sanitarias que deseen promover mejoras sostenibles en la en la seguridad del paciente. La combinación de formación presencial y mensajes visuales garantiza una alta penetración de la información clave, optimizando recursos y maximizando el impacto en la calidad asistencial.

Experiencia 2. " Modelo Integral de Mejora Asistencial: Activación del Sistema de Notificación y Rondas de Seguridad en Atención Primaria del AGS Osuna"

Autores y colaboradores: *Rosario Jiménez Caro, M^a Belén Lozano León, M^a Dolores Gómez Malpartida, Francisca de Borja Gallardo Camuñez, José Manuel Fernández Medina, Soledad Martín Sanz, Antonia Torres Domínguez, Sara Guisado Sánchez, Saray Carmona Aires.*

Justificación

El fortalecimiento del uso del Sistema de Notificación NotificaSP, unido a estrategias de supervisión activa como las rondas de calidad y seguridad, permite identificar puntos críticos en los centros sanitarios de atención primaria. Convertir los datos de incidentes notificados en información útil es esencial para:

- Detectar de forma temprana áreas de mejora.
- Establecer prioridades de intervención.
- Estimular la cultura de seguridad del paciente.
- Implementar acciones efectivas basadas en datos reales del entorno asistencial.

Este enfoque promueve un modelo de mejora continua centrado en el análisis de riesgos y la participación activa del personal sanitario.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

El Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente de Andalucía (NotificaSP) es una herramienta clave para detectar y prevenir riesgos en el entorno sanitario. Su uso permite registrar, de forma anónima y no punitiva, incidentes relacionados con la seguridad del paciente y convertirlos en oportunidades de mejora.

En el Área de Gestión Sanita de Osuna (AGS Osuna), el análisis de los incidentes notificados a través de NotificaSP ha permitido identificar áreas sensibles recurrentes en la atención primaria:

- Identificación inequívoca de pacientes.
- Etiquetado y trazabilidad de pruebas analíticas.
- Higiene de manos y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).
- Errores en la cadena de medicación.
- Conservación y almacenamiento de medicamentos y material sanitario.

Como complemento, se han llevado a cabo rondas de calidad y seguridad del paciente en los 31 centros de atención primaria del AGS Osuna. Estas visitas han permitido observar directamente los procesos asistenciales, validar los riesgos detectados en NotificaSP y recoger aportaciones del personal sanitario sobre situaciones inseguras del día a día.

Actuaciones realizadas

- a) Explotación del sistema de notificación NotificaSP:
 - Revisión sistemática de los incidentes notificados.
 - Análisis temático y clasificación por tipología, severidad y frecuencia.
 - Elaboración de informes periódicos con alertas sobre áreas prioritarias.
- b) Validación mediante rondas de calidad y seguridad:
 - Análisis de los resultados de las rondas ya realizadas en los 28 centros del AGS Osuna. Correlación entre lo observado y lo reportado en NotificaSP.
 - Elaboración de informes integrados por centro con áreas de mejora concretas.
- c) Implantación de acciones correctoras:
 - Formación específica en seguridad del paciente, centrada en los principales riesgos detectados.
 - Desarrollo e implantación de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) sobre identificación, etiquetado, higiene de manos, etc.
 - Estandarización de recursos críticos, incluyendo mochilas de urgencias completas, carros de parada unificados, listas de verificación y registros para control de almacenamiento.
- d) Seguimiento y mejora continua:
 - Implementación de indicadores de cumplimiento y auditoría.
 - Seguimiento periódico de acciones implantadas.

- Retroalimentación continua al personal y fomento de la notificación como práctica habitual.

Impacto

- Uso estratégico del sistema NotificaSP como eje de mejora continua.
- Validación y enriquecimiento de la información mediante rondas estructuradas.
- Reducción de incidentes evitables en atención primaria.
- Mayor implicación del personal en la cultura de seguridad. Homogeneización de procedimientos y mejora objetiva en la calidad asistencial.

Transferibilidad

Estas buenas prácticas implantadas en algunos de los centros de AP las vamos a implantar en otros centros para mejorar la seguridad del paciente y la calidad asistencial. Un ejemplo es los PNT de unificación de carros de paradas en AP y A. Hospitalaria al igual que el PNT de las mochilas de las ambulancias (DCCU).

Experiencia 3. " Impacto de una intervención para mejorar la notificación y gestión de incidentes de Seguridad del paciente "

Autores y colaboradores: *Ana Lourdes Leal Domingo, M^a Dolores Toscano Guzmán, Raquel Escudero Merino, Estrella Castro Martín, José Ángel Lázaro Mármol, Antonio León Dugo, Manuel Toledano Estepa, Ana M^a Blanco Alvariño, Amelia Camacho Buenosvinos, Francisco Javier Márquez Cuenca, José Alberto Cota Consuegra, Miguel Angel Bravo.*

Justificación

Los sistemas de notificación de incidentes de seguridad constituyen una de las estrategias claves para aprender de los problemas de seguridad y permiten establecer medidas de mejora cuyo objetivo es reducir o minimizar los riesgos.

Expertos en seguridad del paciente coinciden en la evidente infra notificación de incidentes, calculando que sólo se notifican el 5% de los que se producen. En un estudio del Sistema Sanitario Británico se concluyó que, sobre el total de eventos adversos detectados, solo un 6,5% se detecta mediante la notificación ya que no están documentados en la historia clínica.

El propósito de la notificación es detectar problemas en la atención sanitaria, para analizarlos y desarrollar medidas de mejora que incrementen la seguridad. Este proceso implica un análisis posterior y una gestión coordinada de los profesionales implicados, de forma que acuerden acciones preventivas para evitar la recurrencia de dichos incidentes en el futuro.

En nuestro ámbito, la herramienta notificaSP, disponible en la Web de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía, es el sistema de notificación que utilizamos desde hace años. Este sistema, de carácter voluntario, permite a los profesionales que de forma anónima identifiquen incidentes que ocurran en los centros de trabajo.

La Comisión de Seguridad del Distrito Córdoba-Guadalquivir para fomentar el uso de la Herramienta notificaSP incluyó entre los objetivos de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) incrementar el número de notificaciones. Para ello, instauró una estrategia donde se actualizó el nombramiento de los profesionales gestores de seguridad y se impartieron sesiones de formación a estos profesionales de forma que ellos a su vez inculcasen en sus centros la cultura de seguridad y la notificación.

En los últimos años, nuestra Comisión ha trabajado no solo en estrategias para aumentar el número de notificaciones, sino también en mejorar su calidad y la gestión integral de los mismos.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

La infra notificación de incidentes puede explicarse por distintos motivos:

- Falta de conocimiento en la importancia de la notificación: la falta de formación en seguridad del paciente puede hacer que no se perciba la importancia de conocer los incidentes que suceden en nuestro ámbito de trabajo y que por tanto se subestime el riesgo que estos suponen.
- La sobrecarga de trabajo: esta puede suponer un impedimento a la hora del registro, ya que se ve como una tarea adicional y no prioritaria o que estos incidentes se notifiquen, pero no estén con la calidad suficiente para realizar su posterior análisis.
- El miedo a sanciones: en los entornos donde no hay cultura de seguridad, el registro de incidentes no se ve como una herramienta de ayuda y de oportunidad, sino que se ve como una medida negativa.
- Percepción de no utilidad: si los incidentes que se notifican no generan cambios posteriores o no se informa a los profesionales del análisis que se ha realizado de ellos, podemos desmotivar para posteriores notificaciones de incidentes.

- Procesos de notificación complejos: si el sistema de notificación requiere de mucho tiempo y no es intuitivo ni fácil de completar, es más probable que produzca infra notificación.

Para mejorar esta infra notificación es fundamental que desde la Estrategia de seguridad se implanten medidas que aborden estos problemas anteriormente descritos de forma que se incentive el registro entre los profesionales sanitarios. Desde nuestra Comisión de Seguridad se han tomado medidas concretas que abordan estos problemas y que han dado muy buenos resultados.

Análisis realizados

Cada año se incluyen en los acuerdos de gestión de las unidades objetivos de seguridad. Estos se van modificando anualmente, durante este año 2025 se evaluarán los siguientes: realizar un plan de seguridad por parte de cada una de las unidades de gestión clínica, un número mínimo de 15 notificaciones con el 85% de la gestión realizada por parte del referente, y el mantenimiento de las comisiones de seguridad con un mínimo de dos reuniones de seguridad en cada unidad de gestión clínica.

Objetivos

- Fomentar la notificación en los centros de atención primaria para poder conocer cuáles son los errores que se producen.
- Realizar formación a los profesionales sanitarios para fomentar esta notificación tanto de atención primaria como de residencias sociosanitarias.
- Elaborar un plan de seguridad en cada una de las UGC.
- Realizar un análisis de cada incidente en cada una de las UGC y realizar propuestas de mejora.
- Realizar un análisis de los incidentes desde el grupo motor, para conocer en que circuito de la asistencia se están produciendo más errores.
- Realizar procedimientos operativos en aquellas áreas en las que se detecta un número elevado de problemas de seguridad.

Actuaciones realizadas

- Fomentar la notificación: se incluyó en los acuerdos de las unidades con el Distrito un mínimo de notificaciones, este mínimo se mantiene en cada uno de los acuerdos de gestión clínica de las unidades y se traslada a los objetivos individuales de los profesionales, tras varios años el número de notificaciones en la mayoría de los centros es superior al mínimo exigido. Además, bimensualmente se envía por parte de la unidad de farmacia, el número de notificaciones que ha realizado cada unidad y el total que llevan en el año. Si se detecta

que alguna unidad está infra notificando nos ponemos en contacto con su referente.

En cada centro existen los referentes en seguridad del paciente, además de un profesional de la dirección, estos referentes son convocados al menos dos veces al año en la comisión ampliada de seguridad del paciente, en esta reunión se muestran los datos de notificaciones y cada una de las estrategias a seguir durante el año en cuanto a la seguridad del paciente. Son los referentes de los centros los responsables, de transmitir esta información a cada uno de los profesionales. Además, se les facilitó a los referentes una sesión de cómo realizar una notificación de un incidente en la página de notificaSP para facilitar la formación a los profesionales, especialmente los nuevos.

- Formación a profesionales sanitarios en seguridad del paciente, se realizan sesiones de seguridad a todos los residentes de familia tanto profesionales de medicina como de enfermería. Además de las dos sesiones que se realizan en cada UGC.

Durante este año, se está iniciando una formación en el uso seguro del medicamento a los profesionales de las residencias de ancianos. Asimismo, en una residencia de mayores se está realizando un pilotaje que consiste en una formación en seguridad del paciente y un apoyo por parte del grupo motor en la implantación del mismo programa de notificación de incidentes que se utiliza en el sistema público.

Desde hace dos años, se está realizando un proyecto de formación a los estudiantes de ciclos formativos de ámbito sanitario en la que se les da un cuestionario de conocimientos inicial uno o dos talleres dependiendo del módulo y tras esta formación se realiza una evaluación de conocimientos, el objetivo de esta formación es que los profesionales conozcan la seguridad del paciente antes de incorporarse como profesionales al sistema sanitario.

- Elaboración de un Plan de seguridad en cada unidad de gestión clínica se realiza un plan de seguridad anualmente, en este, se marcan los objetivos que cada unidad va a tener en el año, en él se realiza un análisis de los incidentes que se han producido en el año previo, se realiza un mapa de riesgos de cada categoría de incidentes, se proponen las áreas de mejora que se van a realizar y además se registran todas las actividades de seguridad del paciente que se llevan a cabo en la unidad tanto para profesionales como las actividades con pacientes.
- Análisis de los incidentes con la aplicación que disponemos en Andalucía, tras una notificación, llega al referente un mensaje avisando de que se ha producido un incidente, el referente realiza la gestión del incidente y propone áreas de mejora, éstas deben aplicarse y evaluarse en un periodo. Otra de la actividad que se realiza es el envío bimensual de incidentes de cada una de las unidades y se recuerda a los referentes en qué estado están sus notificaciones.

- Análisis en el grupo motor de los incidentes, en cada reunión del grupo motor se van evaluando la cantidad de incidentes que se está produciendo en cada UGC, y se realiza una revisión más exhaustiva anualmente, para marcar las estrategias a seguir durante el próximo año, generando líneas de trabajo que se reparte entre los miembros del grupo motor.
- Realizar procedimientos operativos estandarizados esta actividad es fundamental para prevenir los eventos adversos que puedan ocurrir. Cada año el grupo motor tras el análisis de incidentes se proponen las áreas de mejora y procedimientos operativos estandarizados que se van a elaborar. Uno o varios miembros del grupo motor son los responsables de elaborar ese procedimiento y van mostrando sus avances en cada reunión, además de presentar las dudas para que dicho procedimiento este aprobado por todos los miembros de la comisión.

Impacto

- A continuación, se adjunta en el Anexo 1 el número de notificaciones que se han realizado en los últimos años y el porcentaje de incidentes gestionados por el gestor o referente de la unidad.
- En el objetivo de formación a profesionales sanitarios, cada centro realiza al menos dos formaciones de seguridad del paciente en cada UGC y estas actas son entregadas para la evaluación a final de año dentro del plan de seguridad de la UGC. Respecto a la formación de los residentes de medicina se realiza la formación en su tercer año de residencia y en el caso de enfermería en su segundo año, esta formación esta reglada dentro de sus planes formativos. Desde 2023, se está realizando la formación en los ciclos formativos y actualmente se han formado 580 alumnos y de estos, el 99 % le gustaría realizar más actividades de Seguridad del Paciente. Durante este 2024, se han entregado 42 actas de sesiones formativas en cada uno de los centros. Respecto a la formación de seguridad del medicamento en residencias de ancianos se han formado 8 residencias y 124 profesionales. El proyecto de implantación de un programa de notificación y de formación de seguridad en una residencia, está actualmente en fases iniciales y aún no se tienen datos.
- Durante el año 2024, todas las unidades de gestión clínica han entregado sus planes de seguridad.
- Durante los dos últimos años se han gestionado más del 90 % de los incidentes, concretamente 91 % en 2023 y 96 % en 2024. De los 370 incidentes se han gestionado 366 por parte del referente, aplicando 430 áreas de mejora.
- En el análisis realizado de los incidentes del 2023:

- Se detectó un número elevado de incidentes en el almacenamiento de medicamentos, esto produjo que se realizará una auditoria en cada uno de los centros, se inspeccionaron 82 botiquines de medicamentos, 99 neveras y 30 carros de parada, tras esta revisión se realizó un POE de almacenamiento y gestión de botiquines, en el que se detallan y se estandarizan las condiciones de conservación de medicamentos y en el que se ha incluido una pegatina para identificar los medicamentos de alto riesgo que se utilizan en atención primaria y se ha realizado una lista de medicamentos de alto riesgo propia del Distrito, actualmente se está realizando la difusión del procedimiento.
- También se detectó por parte del grupo motor que cuándo se producía un evento adverso grave, no existía un circuito para realizar la evaluación en 48 horas, por lo que también se ha realizado un procedimiento.
- La estrategia de seguridad puso en marcha un plan de mejora de higiene de manos, tras esto, se realizó esta presentación en tres unidades, la primera fase ya se ha realizado y actualmente se encuentran en la fase 2, que consiste en la formación reglada y acreditada de los profesionales mediante la unidad de formación del Distrito.
- Desde la Dirección del Distrito junto con la Dirección de nuestro hospital de referencia se detectó que se estaban sucediendo incidentes de seguridad cuando se trataban de comunicar los valores críticos de laboratorio de analíticas solicitadas desde Atención Primaria. Ante esto, el grupo motor de seguridad del paciente, decide realizar un POE sobre notificación de valores críticos de laboratorio, consensado con la unidad de análisis clínicos del hospital.
- Se detectó por parte de la comisión de seguridad que no existía en el Distrito ningún circuito para la atención a las segundas y terceras víctimas en eventos adversos graves, por lo que se realizó un procedimiento.
- Por último, también se detectó que no estaba actualizado el procedimiento de transferencia segura entre los servicios de urgencias extrahospitalarias e intrahospitalarias y actualmente se está realizando.
- En el análisis realizado en los incidentes del 2024:
 - Se ha detectado que existen muchas notificaciones relacionadas con el almacenamiento de vacunas, la administración y el registro en el programa, se va actualizar el procedimiento y dar difusión para disminuir los incidentes relacionados con esta actividad.

- Se ha detectado que existen muchos incidentes de identificación inequívoca, cada unidad tiene su propio procedimiento, durante este 2025 se pretende realizar un procedimiento único en todo el Distrito, partiendo de una encuesta a los referentes para que propongan alguna área de mejora y además se va a realizar una formación a los profesionales del equipo administrativo que en ocasiones no están tan formados en seguridad del paciente y son un punto clave en la identificación de los pacientes.
- Al revisar los incidentes de seguridad notificados en nuestro distrito se detecta, que un área de mejora clave para asegurar la seguridad de nuestros usuarios, es el área de laboratorio, por lo que, desde el grupo motor de seguridad de paciente, se decide realizar un POE. Como punto de partida nos planteamos tener una foto de cuál es la situación actual en las distintas UGC, para ello realizamos una encuesta a los coordinadores de los centros, se estudian los resultados, se forma un grupo de trabajo multidisciplinar incluyendo unidades tanto urbanas como rurales para elaborar este POE. Actualmente se está realizando el POE de Trazabilidad de muestras biológicas.

Por último, nos estamos iniciando en la integración de la notificación por parte de la ciudadanía, actualmente se están realizando talleres de seguridad del paciente, por parte de los trabajadores sociales, en ocasiones con un farmacéutico y también por parte de los enfermeros de atención primaria y comunitarios.

Todas estas actividades han supuesto que el Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir sea un referente en la seguridad del paciente en Atención Primaria en Andalucía principalmente por dos motivos, el número tan elevado de notificaciones de incidentes y por la expansión en la formación en seguridad del paciente en la formación profesional. Este motivo llevo a que hace un año se realizará unas jornadas de despliegue de la seguridad del paciente en atención primaria, en estas jornadas se convocaron a las direcciones gerencias y a las enfermeras escolares con el objetivo de que las enfermeras escolares de toda Andalucía, tuvieran una formación en seguridad del paciente y fueran ellas las que realizaran la formación en los módulos de formación profesional de ciencias de las Salud de toda Andalucía.

Transferibilidad

Desde el 2021 centramos nuestra experiencia en el fomento de la notificación y en la mejora de

la gestión de incidentes en los últimos años.

La implementación realizada se podría aplicar en el ámbito de atención primaria sin grandes modificaciones y con pequeños cambios en las áreas hospitalarias. Los objetivos, propuestos de mejora en SP, en notificación y gestión de incidentes están centrados en los profesionales y nos estamos iniciando en los ciudadanos. Destacar la dinámica de difusión de los resultados e información a los profesionales sanitarios de los análisis de incidentes y de la gestión de los mismos y así mismo destacar que la estrategia está implantada, evaluada en todas nuestras UGCs y la continuidad de ella en 2025.



Anexo 1. Evolución en la notificación de incidentes Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir

Se muestra en la Figura 1 la evolución en el número de incidentes de los últimos 4 años.



En la Tabla 1 se muestra la gestión de incidentes por parte del referente de la unidad y el porcentaje de incidentes con áreas de mejora propuestas y evaluadas por el gestor del incidente.

Año	2023	2024
Incidentes notificados	386	366
Incidentes gestionados con AM	354	356
% de notificación	92%	97%

Experiencia 4. " Boletín de Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Poniente: Utilidad del feedback para aprender de los errores y mejorar"

Autores y colaboradores: M^a Ángeles Castro Vida, M^a Teresa Segura García, Pedro Acosta Robles, Manuel García Martín, M^a Teresa Maroto Martín, Blanca Aneas Pretel.

Justificación

La experiencia se centra en la difusión del aprendizaje tras el análisis de los incidentes notificados en el sistema NotificASP, a través de un boletín institucional de Seguridad del Paciente que actúa como canal periódico de feedback a los profesionales. Su objetivo principal es fomentar la cultura de seguridad y el aprendizaje organizativo compartido, reforzando la utilidad percibida del sistema de notificación y visibilizando las mejoras implantadas en el hospital.

Desde su lanzamiento en 2022, este boletín, editado por la Comisión de Seguridad del Paciente, se ha consolidado como una herramienta de comunicación estratégica. Incluye el análisis de notificaciones, la gestión de eventos adversos, resultados de proyectos de mejora, experiencias de éxito, campañas de sensibilización y recomendaciones prácticas. Su publicación periódica y su enfoque colaborativo han permitido incrementar el conocimiento de los profesionales sobre los incidentes que ocurren en el hospital y cómo se abordan, así como motivar la participación activa en los sistemas de notificación.

El boletín también actúa como espacio de reconocimiento a los equipos implicados en la mejora de la seguridad, generando valor, compromiso y aprendizaje compartido. Su formato accesible y su integración en los canales de comunicación internos han contribuido a su amplia difusión, mejorando la percepción organizacional sobre el análisis y cierre de los incidentes notificados.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

En el análisis de los incidentes notificados en el Hospital Universitario Poniente se detectó una debilidad clave: la falta de un sistema estructurado de retorno de la información a los profesionales. Aunque se observaba una tendencia ascendente en el número de notificaciones, persistía una percepción limitada sobre la utilidad del sistema, debido a la escasa visibilidad de las mejoras derivadas de los análisis. Esto suponía una oportunidad de mejora en cuanto a la cultura de seguridad y el aprendizaje tras los errores.

Además, el Cuestionario de Cultura de Seguridad del Paciente realizado en 2022 evidenció carencias en áreas como “feedback y comunicación sobre errores” y “aprendizaje organizativo”. Esta realidad, unida al compromiso institucional con la mejora continua, impulsó la creación de un instrumento de comunicación que permitiera difundir los aprendizajes derivados de los incidentes notificados y reforzar el valor del sistema de notificación como herramienta para la seguridad del paciente.

Análisis realizados

Antes de su diseño se realizó:

- 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.

Se identificaron como principales barreras:

- 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 materia de seguridad.
- Estimular la participación activa en el sistema de notificación.
- Reforzar la cultura de seguridad del paciente en el hospital.

Actuaciones realizadas

Diseño del boletín. Se elaboró un modelo de boletín con las siguientes secciones fijas:

- Informe de notificaciones: volumen, tipología, áreas afectadas, categorías profesionales, impacto, evolución histórica.
- Gestión y mejora: porcentaje de notificaciones gestionadas, implantación de mejoras, análisis causa-raíz.
- Proyectos destacados: como Flebitis Zero, Transferencia segura o Mapa de Riesgos.
- Análisis de incidentes centinela y acciones propuestas tras su estudio.
- Campañas y actividades: como la del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, higiene de manos, sesiones divulgativas.
- Participación en congresos y reconocimientos internos.

Elaboración colaborativa

El boletín es elaborado de forma coordinada entre la Comisión de Seguridad del Paciente, la Unidad de Comunicación, equipos clínicos implicados, equipo directivo y la Dirección Gerencia, promoviendo una red de colaboradores/as en distintas unidades.

Publicación y difusión

- Frecuencia cuatrimestral.
- Se publica en 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.

Impacto

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 y 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.

Transferibilidad

El Boletín de Seguridad del Paciente es una herramienta fácilmente transferible a otros centros del SNS que dispongan de un sistema de notificación de incidentes. Su estructura modular, su enfoque comunicativo y su desarrollo colaborativo permiten adaptarlo a distintas realidades organizativas sin necesidad de grandes recursos.

Su implantación requiere:

- Liderazgo desde la Comisión de Seguridad del Paciente.
- Implicación de profesionales con habilidades en análisis de datos, redacción y comunicación.
- Coordinación con unidades clínicas, Dirección y áreas de calidad.
- Un canal interno de publicación y una estrategia de difusión.

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.

ASTURIAS

Experiencia 5. "Implementación de un ciclo de mejora en el Organismo Autónomo ERA tras un evento centinela en un centro residencial"

Autores y colaboradores: *Fernando Martínez Cuervo, Jorge Suárez López, Ester Villanueva Álvarez, Verónica Ávila de la Torre, M^a del Carmen Rodríguez Morales, Almudena Albuérne García, Verónica Hevia Rodríguez, Sandra Avanzas Peinado, Concepción Meana Gómez, Ana Carmen González Rivera, José Ignacio Iglesias Piñeirua.*

Justificación

Esta experiencia se centra en la implementación de un ciclo de mejora integral en el Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA) tras el análisis de un evento centinela con resultado de fallecimiento en un centro residencial. El análisis en profundidad realizado evidenció una estrecha relación entre las medidas de contención aplicadas (barandillas), el estado neurológico de la residente y el entorno de la cama (proximidad a la pared) como factores contribuyentes al atrapamiento. Un aprendizaje fundamental derivado del evento fue la necesidad de garantizar la seguridad del mobiliario y dispositivos utilizados en la atención, especialmente para personas frágiles, con un énfasis crucial en el cumplimiento de la normativa relativa a las barandillas de cama. Se detectó, además, una práctica inicial incorrecta en la colocación de las barandillas que, sumada a la falta de procedimientos de revisión, incrementaba el riesgo. La implementación del ciclo de mejora incluyó acciones como la revisión de la adecuada colocación de las barandillas acorde a la normativa vigente, la evitación del uso de camas próximas a la pared para residentes con deterioro cognitivo y/o riesgo de caída, y el establecimiento de procedimientos para programar y registrar rondas de vigilancia. Esta experiencia es relevante, ya que describe la puesta en marcha de un proceso sistemático para mejorar la seguridad de los residentes a partir del análisis de un incidente crítico y la adopción de medidas correctivas y preventivas a nivel organizacional.

Contenido de la experiencia

Descripción del evento

El suceso se refiere a un evento centinela con resultado de fallecimiento que involucró a una persona que vivía en un centro residencial de personas mayores.

Durante la ronda nocturna habitual, se encontró a una persona residente en decúbito prono, con signos de encajamiento a nivel de la cadera entre la barandilla de la cama y el cabecero. El torso suspendido en el espacio entre la cama y la pared, con la cabeza apoyada en el suelo. Las barandillas de la cama estaban elevadas y la cama arrimada a la pared. No presentaba ningún otro dispositivo de contención. La persona residente tenía antecedentes de ictus isquémico (año 2020) con hemiparesia izquierda y recibía tratamiento farmacológico con la indicación específica de evitar movimientos que pudieran implicar riesgos asociados al uso de sujeciones. Se había documentado una disminución en la capacidad de respuesta y una alta movilidad durante el descanso nocturno.

Tras el hallazgo, se procedió a la activación inmediata de los protocolos asistenciales, informando a la responsable de área asistencial y al servicio de emergencias sanitarias. El equipo médico desplazado al centro confirmó el fallecimiento. En la evaluación inicial se observaron signos de edema facial severo y deformidad, con marcada tumefacción ocular que dificultaba la identificación facial. No se detectaron signos externos compatibles con violencia.

Análisis realizados

Tras el lamentable suceso, se llevó a cabo un análisis exhaustivo para identificar los factores contribuyentes y establecer medidas preventivas orientadas a mejorar la seguridad y calidad de la atención. Este análisis comprendió las siguientes etapas:

1. Reconstrucción cronológica de los hechos: Tras el hallazgo de la persona residente durante la ronda nocturna se procedió a registrar detalladamente la secuencia de los acontecimientos. Este registro cronológico inicial permitió establecer una base objetiva de los momentos clave del suceso: "Alrededor de las 00:45h, durante una ronda nocturna rutinaria en el centro residencial, una persona residente fue hallada en situación de atrapamiento entre la cama, una de las barandillas laterales y la pared. Inmediatamente, se dio aviso a la responsable de área asistencial y al servicio de emergencias sanitarias. Aproximadamente a las 01:00h, llegó al centro el médico de urgencias. Tras una primera valoración, se confirmó el fallecimiento de la residente. Se activaron entonces los protocolos pertinentes para comunicar la defunción a la familia y a las autoridades competentes.

2. Análisis Causal del Incidente mediante Diagrama de Ishikawa: para identificar las múltiples causas y factores contribuyentes que pudieron converger en el incidente, se empleó como

herramienta inicial un diagrama de Ishikawa. Este análisis consideró diversas categorías de posibles causas, incluyendo:

- Profesionales: se identificó un posible desconocimiento de la normativa EN 60601-2- 52 relacionada con las barandillas de cama y una falta de programación y/o registro de las rondas de vigilancia al final del turno.
- Usuario (Persona Residente): se consideraron factores como la disminución de la capacidad de respuesta de la persona , su tratamiento farmacológico (incluyendo antipsicóticos, sedantes y antidepresivos), su alta movilidad en la cama y la presencia de hemiparesia izquierda, lo que aumentaba el riesgo de caída y atrapamiento.
- Organización: se detectó la ausencia de un procedimiento de revisión de la colocación de las barandillas y de comprobación del cumplimiento de la normativa, así como una posible inadecuación de las barandillas a la normativa vigente. También se señaló la falta de revisión de la ubicación de las camas para personas con deterioro cognitivo y la ausencia de programación de rondas de revisión al final de cada turno. Se constató que la cama estaba excesivamente pegada a la pared.
- Equipamiento: se consideró la disposición de la cama, que se encontraba arrimada a la pared, así como la presencia de dos barandillas laterales en la cama y su dudosa adecuación a la normativa, que podrían haber aumentado la dificultad para salir de la cama y favorecido el atrapamiento.

Este diagrama de Ishikawa representó una aproximación inicial orientada al análisis sistémico de la complejidad de los factores causales que potencialmente intervinieron en la ocurrencia del evento.

3. Revisión del historial médico de la persona residente: se llevó a cabo una revisión exhaustiva del historial médico de la persona , que incluía antecedentes relevantes como un ictus isquémico en 2020 y hemiparesia izquierda. Esta revisión tuvo como objetivo considerar la posible influencia de las condiciones médicas preexistentes en el desarrollo del incidente, especialmente en relación con su movilidad, la capacidad de respuesta y el riesgo aumentado de caída o atrapamiento. Esta revisión se complementó con la información sobre su tratamiento farmacológico (antipsicóticos, sedantes, antidepresivos), también identificado como un factor contribuyente a la disminución de su capacidad de respuesta.

4. Análisis Exhaustivo de la cama y las barandillas en relación con la Normativa: Se realizó un estudio específico y detallado de la cama, su ubicación y, fundamentalmente, de las barandillas,

en relación con la normativa de seguridad vigente (EN 60601-2-52). Este análisis incluyó la evaluación de las dimensiones de las barandillas, su posición con respecto al cabecero y a los pies de la cama, la distancia entre barrotes y la altura desde el colchón. Se consideró la dudosa adecuación de las barandillas a la normativa como un factor contribuyente, teniendo en cuenta la información sobre los requisitos dimensionales para minimizar el riesgo de atrapamiento. También fue un aspecto central de este análisis la ubicación de la cama, que se encontraba excesivamente próxima a la pared, generando un espacio de atrapamiento,. Como resultado del análisis, se planteó la necesidad de revisar todas las barandillas, evaluar su conformidad normativa y considerar modificaciones en su instalación o el uso de protectores adicionales, en caso de no cumplir con los estándares de seguridad.

5. Consideración de la Información de los Profesionales: se tuvo en cuenta la información proporcionada por los profesionales que atendieron a la persona residente, en relación con la disminución de su capacidad de respuesta observada previamente. Esta observación, junto con el tratamiento farmacológico prescrito, fue relevante para comprender mejor el estado de la persona y los factores que pudieron haber contribuido al incidente.

Objetivo

Realizar un análisis exhaustivo del incidente, evaluando todos los factores relevantes (usuario, profesionales, organización y equipamiento) a la luz de la normativa vigente y con el propósito de identificar áreas de mejora y establecer medidas preventivas eficaces que contribuyan a reducir el riesgo de recurrencia de eventos similares.

Actuaciones realizadas

Tras la detección de la dudosa adecuación a la normativa de las barandillas de la cama implicada en el incidente, se inició una amplia investigación para determinar el alcance de esta problemática. Esta investigación se centró en verificar el cumplimiento de la normativa IEC 60601-2-52 (UNE-EN 60601-2-52:2010/A1:2015) en todas las barandillas de las camas de todos los centros del ERA

- **Acción 1: Revisión y Adecuación de la Colocación de Barandillas.** Se procedió a la revisión inmediata de la colocación de las barandillas de la cama en todos los centros, asegurando que se ajustaran a la normativa vigente que incluye:

- o Verificar el correcto montaje de las barandillas abatibles, con el montante más recto próximo al cabecero y abatiendo hacia los pies.

o Comprobar el correcto funcionamiento de ambas barandillas, la fijación de anclajes y elementos de enclavamiento.

o Identificar el modelo y fabricante y registrar sus cotas Se podrían incluso utilizar fichas de registro similares a las del informe.

o Se propuso la colocación de la barandilla con el asa hacia el piecero con el objetivo de minimizar el riesgo de atrapamiento en el cabecero En aquellas barandillas móviles, se valoró la posibilidad de modificar su colocación de acuerdo con la normativa vigente, incluyendo la opción de intercambiarlas para favorecer que la bajada se produjera hacia los pies de la cama.

Como resultado del análisis exhaustivo del evento centinela, que I identificó la posible contribución de las barandillas no conformes a la normativa (EN 60601-2-52) en el trágico suceso. A partir de esta evidencia, se llevó a cabo una investigación de carácter excepcional y sin precedentes en los 27 centros de gestión directa del Organismo Autónomo ERA. Esta revisión abarcó la totalidad de las 3240 camas, arrojando un hallazgo preocupante : se identificaron 3591 barandillas que no cumplían con la normativa vigente y/o presentaban incompatibilidades con las camas en las que se encontraban instaladas.

Conscientes de la magnitud del problema y en consonancia con la creciente tendencia hacia centros libres de sujeciones (alineándonos con la Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado y la Resolución de 28 de julio de 2022 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales), se desestimó la opción de un reemplazo masivo e inmediato de todas las barandillas, considerando el impacto en la autonomía de los residentes, los costes asociados y la accesibilidad de las camas.

En su lugar, se adoptó una estrategia integral y progresiva, centrada en la renovación del parque de camas del organismo, priorizando la seguridad y el bienestar de los residentes más vulnerables:

o Adquisición Inmediata: Ya se han incorporado 16 camas de cota cero, diseñadas específicamente para residentes con una alta valoración de riesgo de caídas, minimizando así el riesgo de lesiones en caso de incidente.

o Plan de Renovación Estratégico. Se ha propuesto una licitación para la adquisición de 276 camas estándar y 33 camas adicionales de cota cero, marcando el inicio de una renovación gradual y planificada de la infraestructura de descanso en todos los centros.

- Acción 2: Gestión del entorno de las camas. Se determinó evitar el uso de camas próximas a la pared por parte de residentes con deterioro cognitivo y/o riesgo de caída, reconociendo este factor como contribuyente al atrapamiento. En este contexto se implementó un protocolo claro para la evaluación del riesgo de ubicación de la cama para cada residente, especialmente aquellos con los factores de riesgo identificados. Asimismo, La adecuación del tamaño de los colchones a las camas es importante para evitar huecos laterales o en los extremos, lo cual está implícitamente relacionado con la normativa sobre las distancias. Para ello, se estableció un procedimiento para verificar esta compatibilidad al asignar camas y colchones.
- Acción 3: Establecimiento de Protocolos de Vigilancia. Las acciones, centradas en la modernización del equipamiento, se complementan con la implementación de un robusto protocolo de vigilancia y revisión periódica de todos los dispositivos de seguridad, incluyendo las barandillas que aún no han sido reemplazadas. Este protocolo busca garantizar la correcta colocación, funcionamiento y mantenimiento de los equipos, actuando como una medida preventiva fundamental mientras se completa la renovación del parque de camas.
 - Profundización en la Normativa Aplicable (EN 60601-2-52): Se desarrollaron sesiones formativas específicas y detalladas sobre la normativa de seguridad de las barandillas de cama (EN 60601-2-52). Estas sesiones no solo se centraron en la comprensión teórica de los requisitos dimensionales y de seguridad, sino que también incluyeron ejemplos prácticos y simulaciones para asegurar la correcta identificación y manipulación de las barandillas conformes y no conformes en situaciones reales. Se hizo especial énfasis en el aprendizaje de los errores identificados, explicando cómo la falta de conocimiento de esta normativa pudo haber contribuido al incidente y resaltando la importancia de su cumplimiento para evitar futuros riesgos.
 - Divulgación y Adopción de las Nuevas Medidas: Paralelamente, se llevaron a cabo talleres y reuniones informativas para comunicar de manera clara y efectiva las nuevas medidas implementadas a raíz del análisis del evento. Estas sesiones no se limitaron a la mera transmisión de información, sino que fomentaron la participación activa del personal, permitiendo resolver dudas, compartir inquietudes y asegurar una comprensión profunda del razonamiento detrás de cada cambio. Se destacó cómo cada nueva medida (revisión de barandillas, gestión del entorno de las camas, protocolos de vigilancia, plan de renovación de camas) respondía directamente a las causas raíz identificadas en el análisis del incidente, convirtiendo el error en una oportunidad de mejora sistémica. Esta estructura permite destacar la amplitud de la investigación y la diversidad de medidas implementadas, abordando tanto el equipamiento como los protocolos de vigilancia y la gestión del entorno

de los residentes más vulnerables De esta manera, el análisis del evento centinela no solo ha permitido identificar una deficiencia crítica en el equipamiento, sino que ha impulsado una respuesta proactiva y estratégica, priorizando la seguridad de los residentes, la adopción de modelos de atención menos restrictivos y la mejora continua de la calidad asistencial en el Organismo Autónomo ERA

Se estableció un procedimiento detallado para programar rondas de vigilancia a personas en cama o en habitación al final de cada turno, abordando la falta de vigilancia/ronda fin de turno identificada como causa inmediata. Se implementó un sistema de registro escrito de la realización de las rondas de vigilancia programadas para asegurar su cumplimiento

- Acción 4: Actuaciones con Barandillas No Conformes: Para aquellas barandillas que no tenían posibilidad de adaptarse a la normativa, se valoró la utilización de protectores de barandillas para mitigar el riesgo. Se estableció un procedimiento para notificar al departamento competente la necesidad de sustitución de las barandillas que no cumplieran la normativa y no pudieran adaptarse.

- Acción 5: Actividades formativas A partir de un error grave, se diseñó un programa formativo integral con el objetivo de garantizar la seguridad de los residentes y prevenir futuros incidentes similares. Este programa se estructura en dos ejes principales:

- Profundización en la Normativa Aplicable (EN 60601-2-52): Se desarrollaron sesiones formativas específicas y detalladas sobre la normativa de seguridad de las barandillas de cama (EN 60601-2-52). Estas sesiones no solo se centraron en la comprensión teórica de los requisitos dimensionales y de seguridad, sino que también incluyeron ejemplos prácticos y simulaciones para asegurar la correcta identificación y manipulación de las barandillas conformes y no conformes en situaciones reales. Se hizo especial énfasis en el aprendizaje de los errores identificados, explicando cómo la falta de conocimiento de esta normativa pudo haber contribuido al incidente y resaltando la importancia de su cumplimiento para evitar futuros riesgos.
- Divulgación y Adopción de las Nuevas Medidas: Paralelamente, se llevaron a cabo talleres y reuniones informativas para comunicar de manera clara y efectiva las nuevas medidas implementadas a raíz del análisis del evento. Estas sesiones no se limitaron a la mera transmisión de información, sino que fomentaron la participación activa del personal, permitiendo resolver dudas, compartir inquietudes y asegurar una comprensión profunda del razonamiento detrás de cada cambio. Se destacó cómo cada nueva medida (revisión de barandillas, gestión del entorno de las camas, protocolos de vigilancia, plan de renovación

de camas) respondía directamente a las causas raíz identificadas en el análisis del incidente, convirtiendo el error en una oportunidad de mejora sistémica.

Esta estructura permite destacar la amplitud de la investigación y la diversidad de medidas implementadas, abordando tanto el equipamiento como los protocolos de vigilancia y la gestión del entorno de los residentes más vulnerables. De esta manera, el análisis del evento centinela no solo ha permitido identificar una deficiencia crítica en el equipamiento, sino que ha impulsado una respuesta proactiva y estratégica, priorizando la seguridad de los residentes, la adopción de modelos de atención menos restrictivos y la mejora continua de la calidad asistencial en el Organismo Autónomo ERA.

Transferibilidad

Los hallazgos derivados del presente análisis trascienden el caso específico investigado, dado que tanto las deficiencias identificadas como la metodología empleada presentan un alto grado de transferibilidad a otros contextos asistenciales. Las causas raíz identificadas son, en gran medida, de naturaleza sistémica y están relacionadas con el cumplimiento normativo, la formación del personal y la existencia de protocolos.

Estos factores son comunes a múltiples entornos residenciales, lo que confiere a las conclusiones y las medidas correctivas propuestas un potencial de aplicabilidad amplio y significativo, contribuyendo a mejorar la seguridad de otras personas que vivan en centros residenciales de características similares.

Asimismo, la estructura metodológica del análisis (cronología, Ishikawa, revisión normativa) puede servir como modelo para abordar incidentes similares en otros entornos favoreciendo una cultura de aprendizaje y mejora continua en el ámbito de la atención residencial.

CANARIAS

Experiencia 6. " MEJORAS IMPLANTADAS EN ATENCIÓN SANITARIA TRANSVERSAL AL PARTO NO PLANIFICADO EXTRAHOSPITALARIO COMO RESULTADO DE ACR ANTE MUERTE MATERNAL"

Autores y colaboradores: *Juan Carlos Martín González, María Paloma García de Carlos, Nuria Bañón Morón, Félix López Blanco, José Luis Alonso Bilbao, Carmen Suarez Cabello, María del Mar Vega Perera, Noemí González Quintana, Carmen Pérez Ortiz, Fátima Ruano Ferrer, Alicia Martín Martínez, Manuel Cazorla Betancor, Silvia de León Socorro, Octavio Ruiz de Galarreta Hernández.*

Justificación

La aparición de un evento centinela que desembocó en fallecimiento de una mujer en periodo postparto inmediato obliga a la realización de un Análisis Causa-Raíz (ACR) en un contexto en el que están involucrados diferentes niveles asistenciales: Atención Primaria, Servicio de Urgencias Canario y Atención Hospitalaria. El Plan de Acción resultante, con implicaciones organizativas, de asignación de recursos y formativas, implica la colaboración de todos los niveles asistenciales y, sobre todo, tiene impacto en la asistencia de este tipo de situaciones en una comunidad autónoma, fragmentada y con una cartera de servicios de diferente nivel de complejidad.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Paciente secundípara, añosa, 2ª gestación con cesárea previa y con embarazo a término que acude a su Centro de Salud (CS) a las 3 de la mañana por clínica de dinámica de parto con rotura de membranas. Dicho CS se encuentra a 1 hora del hospital de referencia. Ante los antecedentes y la situación clínica de la paciente se solicita traslado al hospital de referencia y se activa ambulancia sanitizada. Durante su estancia en el CS, se finaliza expulsivo con recién nacido al que no se detecta frecuencia cardiaca y se visualiza líquido amniótico meconial. Se inicia la reanimación cardiopulmonar (RCP) al recién nacido, que dura unos 50 minutos. Durante ese periodo la madre sufre una hemorragia abundante sin que se produzca el alumbramiento de la placenta. Cuando se constata el deterioro de la madre se solicita transporte urgente en recursos de soporte vital avanzado y se procede al traslado hacia el hospital de referencia en ambulancia medicalizada, a cuyo servicio de urgencias llega en shock hemorrágico. Trasladada inmediatamente al quirófano, se realiza extracción de la placenta, sufriendo una PCR con RCP >

30 minutos. Recuperadas las constantes vitales se diagnostica de shock hemorrágico debido a un sangrado masivo con coagulopatía severa. La paciente ingresa en la unidad de medicina intensiva (UMI), siendo necesario varios procedimientos quirúrgicos en el periodo de tiempo en el que está ingresada, falleciendo a las 19 horas, unas 17 horas después del inicio de la clínica. Comunicado el evento en SiNASP se genera un SAC1, considerado evento centinela y se inicia ACR. Como resultado del estudio multidisciplinar realizado, con varias sesiones de trabajo y valoración de los registros de historia clínica, entrevistas a los profesionales actuantes en todas las fases del proceso y grabaciones de las conversaciones con la Sala de coordinación del SUC, se define la secuencia de hechos, identificación de barreras y factores contribuyentes, desarrollando un Plan de Acción. Algunas de las conclusiones a las que se llegaron como factores contribuyentes al resultado del evento fueron:

- Concentración de la atención en una situación crítica – RCP en recién nacido - con retraso en la valoración de la madre.
- Formación deficiente en la atención al parto extrahospitalario no planificado y sus posibles complicaciones por parte de los profesionales sanitarios.
- Falta de medicación específica para la atención de las complicaciones materno-infantiles en situaciones de parto extrahospitalario no planificado (uterotónicos, fibrinógeno, etc).
- Comunicación ineficaz y escasa entre los profesionales de la atención extrahospitalaria y el equipo obstétrico hospitalario.
- Formación específica de las particularidades que rodean el proceso transfusional en el ámbito obstétrico por parte del personal de laboratorio de hematología, deficiente.
- Falta de comunicación eficaz interhospitalaria entre dos centros monográficos, componentes de un mismo complejo: área maternal y área general, en el caso de las cirugías tras ingreso en UMI.

Actuaciones realizadas

Plan de Acción

Como resultado del ACR se definió un plan de acción con los siguientes componentes:

- Protocolo autonómico de atención al parto extrahospitalario no planificado en el ámbito de Atención Primaria y Formación. Tomando como punto de partida un protocolo ya existente sobre parto extrahospitalario no planificado desarrollado en un área de salud, se ha decidido homogeneizar y universalizar lo recogido en el mismo al resto de la Comunidad, protocolo específico que debe contemplar las particularidades de las islas periféricas y las localidades lejanas al hospital de referencia.



- Necesidad de realizar formación reglada del personal que forma parte de los recursos terrestres y aéreos del Servicio de Urgencias Canario (SUC), así como los que se encuentran en la sala de coordinación sanitaria.
- Convenio con centros hospitalarios de gestión privada del área de salud para que se puedan compartir hemoderivados para transfusión desesperada.
- Mejoras del protocolo de transfusión masiva en Patología Obstétrica.
- Adecuación del material y la medicación incluida en los maletines de atención al parto no planificado en recursos de soporte vital avanzado y centros de salud.
- Fomentar la estabilidad del personal del Banco de Sangre. Formación continuada y obligatoria para nuevas incorporaciones.
- Desarrollo de un Argumentario/Check List de información básica acerca del parto.
- Establecimiento de un procedimiento de traslado intercentro dentro de un Complejo Hospitalario con hospitales monográficos de las mujeres con procesos obstétricos.

Transferibilidad

La experiencia obtenida y el plan de acción propuesto puede darse en cualquier otra comunidad autónoma, especialmente en los casos con fragmentación territorial y dispersión de la población.

CASTILLA Y LEÓN

Experiencia 7. “ Estrategia de implantación de un sistema de notificación de incidentes: formación colaborativa y facilitadora”

Autores y colaboradores: *Tomás Maté Enriquez y Montserrat Alcalde Martín.*

Justificación

Los centros pertenecientes a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León comenzaron a trabajar con un sistema propio de notificación de incidentes sin daño, SISNOT, a partir del año 2011. A través de una aplicación informática de acceso en la intranet, este sistema permite realizar, de forma anónima, notificaciones sobre incidentes de seguridad que no hayan ocasionado daño al paciente. Una vez enviadas, cada una de las notificaciones va a ser visible, exclusivamente, para los gestores de la unidad donde ocurrió el incidente (servicio hospitalario o centro de salud) para fomentar su análisis a nivel local orientado al aprendizaje y la mejora. Solo en el caso de unidades que no disponen de gestor/es propio/s, la notificación es canalizada a los gestores de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) de la gerencia correspondiente (hospital o gerencia de atención primaria). SISNOT está implantado en todos los centros (hospitales y gerencias de atención primaria); su extensión a nivel de unidad, con gestores locales (servicios hospitalarios y centros de salud), se viene realizando de forma progresiva, año tras año, según los criterios de inclusión que decide cada gerencia. Para la implantación y despliegue exitosa de este sistema un factor clave es una adecuada formación tanto en cultura de seguridad del paciente como en gestión de riesgos a través de nuestro sistema de notificación de incidentes sin daño, aspectos que venimos trabajando y mejorando desde su inicio.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

SISNOT comenzó a implantarse progresivamente en el ámbito hospitalario (servicios hospitalarios de los 14 hospitales de nuestra Comunidad) en el año 2011 y a partir de 2013 comenzó su despliegue en los más de 250 centros de salud de nuestras 11 áreas de salud de atención primaria. La implantación y desarrollo ha sido desigual en los dos ámbitos, teniendo

más repercusión en el medio hospitalario. La implantación en atención primaria, durante muchos años, ha sido más lenta, con menos impacto y más heterogénea, con importantes diferencias entre áreas de salud. A lo largo de los años hemos constatado la existencia de diversos factores que influyen en la implantación de SISNOT, en cualquier unidad, tanto hospitalaria como de atención primaria y especialmente en este último ámbito: el liderazgo local y el empuje a nivel de gerencia, la cultura de seguridad que hay en el centro de salud, el liderazgo de esa cultura por parte de la gerencia de atención primaria, el trabajo previo en proyectos de seguridad del paciente que hayan sido exitosos, el trabajo en equipo dentro del centro de salud, la percepción de utilidad de la herramienta SISNOT por parte de los profesionales fundamentada en experiencias de cambios positivos a raíz de notificaciones, etc.; todos ellos determinan tanto la velocidad en el despliegue del proyecto como la pervivencia del mismo a nivel local, en los centros de salud.

Objetivos

Generales:

- Implantar un sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT) en los centros de salud, que permita identificar agujeros que están provocando problemas de seguridad y poner en marcha acciones de mejora para evitar que se reproduzcan.
- Formar a los profesionales que quieren trabajar la mejora de la seguridad del paciente en sus centros de salud mediante la herramienta SISNOT.
- Mejorar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales que trabajan en los centros de salud.

Específicos:

- Utilizar la herramienta SISNOT para realizar notificaciones de incidentes sin daño.
- Capacitar a los gestores locales para que sean capaces de realizar un análisis exhaustivo de los incidentes de seguridad, identificando sus factores contribuyentes.
- Establecer e implantar acciones de mejora, derivadas del análisis realizado, para que los incidentes de seguridad no se repitan.

Actuaciones realizadas

La implantación de SISNOT en un nuevo centro de salud comienza con una formación de los profesionales que van a trabajar con esta herramienta, los futuros gestores de riesgos. Para ello se ha establecido un programa de formación que actualmente incluye una formación general en

seguridad del paciente y otra específica sobre el sistema de notificación. En la formación sobre seguridad del paciente hay una primera parte cuyo objetivo es sensibilizar sobre la importancia de la seguridad del paciente, a través del análisis guiado de un incidente de seguridad que se muestra en un vídeo, donde se pone de manifiesto cómo se producen los incidentes de seguridad y la importancia de todos y cada uno de los profesionales en relación con los factores que contribuyen a la seguridad del paciente. Una segunda parte se centra en las diferentes herramientas y proyectos de seguridad de aplicación en los diferentes contextos asistenciales de atención primaria. En la formación específica sobre el sistema de notificación se capacita a los gestores en el conocimiento y uso de la herramienta SISNOT, la gestión y análisis de incidentes orientada a la mejora y la implantación del proyecto en su centro de salud mediante la formación de sus profesionales –que realizan los propios gestores– para que conozcan el proyecto. Esta formación de formadores se inicia con una sesión formativa en los centros para tratar sobre la seguridad del paciente, cómo se producen los incidentes de seguridad y qué es y cómo se utiliza un sistema de notificación de incidentes sin daño. Desde el comienzo de la implantación del proyecto SISNOT, hace ya casi 15 años, se ha ido adaptando el programa formativo tanto a las demandas de los gestores, teniendo en cuenta las diferentes herramientas disponibles, como para ir incorporando las lecciones aprendidas derivadas del continuo PDCA de los diferentes ciclos formativos, en busca de la fórmula del éxito. La formación en los primeros años era exclusivamente presencial, en un primer momento descentralizada en diferentes centros y posteriormente centralizada para facilitar el acceso a los dispositivos informáticos necesarios para la formación práctica en la aplicación. Esto implicaba un esfuerzo importante en relación con el desplazamiento de muchos gestores, dada la amplia dispersión geográfica en nuestra Comunidad Autónoma. En esos primeros años el programa formativo era específico para los dos ámbitos de atención, primaria y hospitalaria, pero enseguida se aprovechó la oportunidad de establecer un único programa formativo común que, además de facilitar la logística de las actividades formativas, permitiese incorporar y trabajar con ejemplos de notificaciones y acciones de mejora que implicasen una coordinación entre ambos niveles asistenciales. Para impulsar la implantación efectiva del sistema a nivel local, en el año 2018 se introdujo la formación de formadores y la evaluación de transferencia de la actividad formativa, mediante la realización de un ejercicio práctico de análisis de un incidente y la realización de una sesión de formación en el lugar de trabajo sobre la mejora de la seguridad del paciente mediante SISNOT. En el año 2022 se amplía el alcance del programa de formación para facilitar a los gestores las fases de planificación e implantación del proyecto en los centros. Para ello se programan y realizan sesiones de manera síncrona con los gestores que se están formando, con el objetivo de compartir experiencias sobre la implantación del proyecto, resolver dudas y

reforzar la importancia de la retroalimentación en relación con las notificaciones realizadas y las acciones de mejora derivadas que se van incorporando, para que el proyecto siga en marcha y goce de buena salud y SISNOT se consolide como una herramienta de seguridad del paciente imprescindible para el centro de salud. Por último, en el año 2023 se actualiza y transforma todo el contenido del programa formativo para pasar del formato presencial a un formato online agradable, adaptando los ejercicios prácticos y reforzando los aspectos clave, para facilitar el aprendizaje individualizado.

Impacto

Como se comentó anteriormente, la implantación de SISNOT ha estado indisolublemente ligada a la formación de los gestores de riesgos. En las diferentes ediciones anuales de las actividades formativas relacionadas con SISNOT se han ido formado los siguientes profesionales:

Año	Gestores formados	Año	Gestores formados
2011	50	2018	111
2012	160	2019	94
2013	120	2020	116
2014	85	2021-2022	102
2015	209	2023-2024	598
2017	148	2025	386

Lo que supone un total de 2.179 profesionales formados durante estos años, realizándose un especial esfuerzo formativo durante los dos últimos ciclos formativos (984 gestores de riesgos formados; 45% del total). De manera general, el número de notificaciones y de acciones de mejora se ha ido incrementando paulatinamente tanto en atención hospitalaria como en atención primaria. Actualmente, hasta el año 2024 incluido, SISNOT ha acumulado 18.445 notificaciones (15.370 en atención hospitalaria y 3.075 en atención primaria) y 12.133 mejoras (9.905 en atención hospitalaria y 2.228 en atención primaria). La tendencia positiva se ha producido de manera sostenida, salvo en el año 2020 a causa de la pandemia COVID-19.

Notificaciones	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Hospitalaria	153	368	486	661	811	963	1054	1386	1742	1007	1458	1509	1540	2232	15370
Primaria			71	173	115	174	242	196	256	62	109	236	594	847	3075
Total	153	368	557	834	926	1137	1296	1582	1998	1069	1567	1745	2134	3079	18445
Mejoras	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Hospitalaria	67	229	332	413	559	501	657	820	1037	666	974	1048	983	1619	9905
Primaria			17	89	87	160	237	168	235	16	53	156	463	547	2228
Total	67	229	349	502	646	661	894	988	1272	682	1027	1204	1446	2166	12133

La evolución tanto de las notificaciones realizadas como de las acciones de mejora derivadas ha estado influida por las mejoras introducidas en el programa de formación de los gestores de riesgos.

La introducción de cambios en el año 2018, incorporando la evaluación de transferencia e impacto, incrementó la pendiente tanto de las acciones de mejora como de las notificaciones. En el semestre posterior a la finalización de los cursos de formación, comparando los años 2018 y 2017, se incrementó en un 78% la media de las notificaciones por servicio y se duplicaron las acciones de mejora derivadas. También se duplicaron los servicios que utilizaron SISNOT como herramienta de gestión de riesgos (cumpliendo el criterio de tener al menos 10 notificaciones anuales, realizar su análisis de estas e incorporar las acciones de mejora correspondientes). Todos ello, además incrementando la valoración de la satisfacción en relación con la actividad formativa en un 6,2%. La situación planteada por la pandemia COVID-19 supuso un parón en la implantación del proyecto. Aunque en el año 2020 se formaron entre febrero y hasta el 3 de marzo más de un centenar de profesionales, la pandemia impidió la implantación del proyecto. También supuso un freno global tanto al número de notificaciones como de acciones de mejora de los servicios y centros de salud que ya trabajaban con el sistema de notificación. Ampliar el alcance del curso de formación durante el año 2022 repercutió en el impacto, con un aumento del 5% en la valoración de la satisfacción global del curso. Las notificaciones aumentaron en un 10% respecto al año anterior, pero el mayor impacto fue sobre la propuesta de acciones de mejora, que casi se duplicaron (incremento del 94%). El cambio a la formación online incrementa la cobertura de esta, pasando de una media de 120 profesionales formados por año con el formato presencial a más de 320 gestores de riesgos formados por año con el formato online. Asociado a esto, en los últimos años se está produciendo uno de los incrementos más elevados con un incremento del 23% en las notificaciones y del 20% en las acciones de mejora, comparando el año 2023 con respecto a 2022, fundamentalmente a expensas del ámbito de atención primaria donde las notificaciones se multiplicaron por 2,5 y las acciones de mejora por 3. La comparación del año 2024 con respecto a 2023 también sigue arrojando un balance muy positivo, tanto de manera global (incremento del 44% en las notificaciones y un 50% en las acciones de mejora) como en atención primaria (incremento del 43% en las notificaciones y las acciones de mejora siguen incrementándose un 18%). Además, en una de las últimas actividades formativas online hemos evaluado el alcance de la formación de formadores. Los 380 alumnos que concluyeron con éxito el programa formativo completo dieron formación en sus centros, mediante la sesión inicial sobre seguridad del paciente y SISNOT, a más de 6.000 profesionales.

Además, la valoración de la satisfacción con la actividad formativa alcanzó la media más alta obtenida hasta el momento, un 9,4 sobre 10 puntos.

Transferibilidad

La planificación de un programa formativo de estas características para dispositivos tan numerosos y dispersos como los nuestros, es compleja. Creemos que el hecho de no centrarnos únicamente en la formación relativa al sistema de notificación, integrándola en una formación más amplia sobre seguridad del paciente y sensibilizando sobre su aplicación práctica, hace que se visualice la utilidad local de SISNOT. Además, el continuo ciclo PDCA al que ha sido sometido el programa formativo de la herramienta, ha contribuido a su mejora. Nuestro enfoque, además de mejorar la cultura de seguridad, mejora también la cultura de calidad, ya que, desde un punto de vista práctico, se ayuda a romper con el inmovilismo de “siempre lo hemos hecho así” y se facilita la posibilidad de protagonizar el cambio del entorno local para la mejora. Esta dinámica de trabajo, creemos que es transferible a la implantación de cualquier otro sistema de notificación.

Experiencia 8. “Caso clínico y gestión de incidente en zona sanitaria rural con falta de cobertura móvil.”

Autores y colaboradores: *Rocío Belén Sánchez García y Natalia Alonso Flecha.*

Justificación

SISNOT es un proyecto de seguridad del paciente, donde a través de una aplicación se puede notificar incidentes sin daño ocurridos durante la práctica asistencial en los centros del Servicio Regional de Salud de Castilla y León. Tiene como objetivo buscar factores que pueden desarrollar problemas de seguridad y establecer mejoras. Teniendo en cuenta el modelo de queso suizo desarrollado por Reason, los incidentes se producen cuando se da una situación de fallos activos (actos inseguros) y condiciones latentes (condiciones inseguras). Estas condiciones latentes tienen que ver con nuestra forma de trabajar: la tecnología que utilizamos, como trabajamos en equipo, factores ambientales o la formación que tenemos. Aunque la tecnología digital tiene poder para transformar la salud de millones de personas, requiere conectividad móvil. Lamentablemente, la cobertura de la red en muchas zonas rurales es muy deficiente, lo que puede generar incidentes graves debido a la urgencia necesaria en determinadas actuaciones sanitarias y la necesidad de unos tiempos de respuesta cortos.

Contenido de la experiencia

Caso clínico:

- Paciente: Varón, 65 años.
- Motivo de consulta: Control de su asma y revisión de medicación en el consultorio local rural.
- Incidente: El varón presenta un broncoespasmo agudo severo y cianosis.
- Problemas añadidos:
 - o El consultorio médico está en una zona rural aislada, se dispone de un teléfono móvil y la cobertura es intermitente.
 - o No existe otra forma de comunicación con el exterior.
 - o Además, al preparar el broncodilatador de manera apresurada, se ha estado a punto de provocar una reacción adversa puesto que el “Salbutamol solución” (contiene 5 mg por ml) que tenía cargado previamente en una jeringa para nebulizar se ha confundido con el “Salbutamol ampollas inyectable” (contiene 0,5 mg por ml) al prepararse en idéntica jeringa.
- Respuesta de emergencia inmediata y registro:
 - o El personal sanitario aplica el protocolo de reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada.
 - o Se administra adrenalina, oxígeno a alto flujo y otros fármacos de rescate.
 - o Se registra detalladamente las intervenciones realizadas, la hora de inicio del incidente y la evolución del paciente.
 - o Se registra la ausencia total de comunicación.
 - o Se registra el conato de confusión en la medicación, y el nombre del medicamento administrado y dosis.
- Gestión del traslado:
 - o Una vez estabilizado al paciente, se decide su traslado al hospital provincial, a 60 minutos de distancia.
 - o Se solicita la ayuda de otros pacientes que están en el consultorio local para que intenten llamar al 112 desde algún punto de cobertura de la localidad y solicitar un SVB. (Soporte vital básico)
 - o El médico y la enfermera acompañan al varón durante el traslado.
 - o Se prepara un informe completo con toda la información posible para entregar al personal de urgencias del hospital.
- Análisis del incidente y acciones de mejora:
 - o Se realiza un análisis exhaustivo del incidente, identificando:
 - La confusión durante la preparación de la medicación broncodilatadora.

- La falta total de comunicación como factor crítico.
- La necesidad de protocolos de actuación para situaciones de aislamiento extremo.
- El Centro Coordinador de Urgencias (CCU-Sacyl) prioriza la localización geográfica y la movilización de recursos como helicópteros o unidades móviles, pero estos procesos requieren información precisa del incidente, que puede verse afectada sin comunicación directa.

o Se registran las conclusiones del análisis en SISNOT. o Se implementan las siguientes acciones:

- Revisión y actualización de los protocolos de RCP y manejo de broncoespasmo severo.
- Realización de simulacros regulares de situaciones de emergencia y aislamiento total.
- Revisión de los procesos de almacenamiento y administración de medicamentos, para evitar confusiones. En este caso, la utilización de jeringas con color en el émbolo para la aplicación de medicación nebulizada a diferencia de las jeringas para aplicación IV.
- Se realiza una petición formal a las autoridades competentes, para la instalación de repetidores de señal telefónica y la mejora de cobertura.
- Instalación en el móvil de la APP MY 112. Se trata de una app gratuita que funciona con los sistemas operativos Android e iOS y que permite al centro de emergencias 1-1-2 conocer las coordenadas GPS del lugar en el que se encuentra la persona que contacta. o Se registra en SISNOT cada acción de mejora.

Transferibilidad

Implantar con éxito un sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente requiere un despliegue estructurado, en un marco general que fomente la cultura de seguridad. Esta estrategia se puede adaptar a cualquier centro y a diferentes contextos. El aprendizaje a través de casos es un mecanismo de eficacia demostrada. Aprender de las situaciones y compartir esas experiencias aumenta el refuerzo y la confianza en la resolución de la gestión de casos. Concienciar sobre la importancia de comunicar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, difundir las lecciones aprendidas, incluida la necesidad de promover culturas organizativas sanitarias y diseñar herramientas e implantar cobertura universal para

ayudar a los proveedores de servicios de salud a prestar una atención más segura serían los aspectos más importantes.

Documentación adicional

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2009). Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios: Nota informativa sobre error de medicación por administración de salbutamol para nebulización por vía intravenosa (Ref: 2009/05). Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Experiencia 9. “Alarma informática de resultados de anatomía patológica positivos”

Autores y colaboradores: *M^a Angels Fernández Labrada, Marina Ribas Gimenez y Clara Borrás Puértolas.*

Justificación

Nuestra organización es la referente de Atención Primaria de nuestra población en la valoración y resultados de productos intermedios como la radiología y la anatomía patológica. En este contexto, la seguridad del paciente depende en gran medida de una comunicación fluida entre niveles asistenciales. Uno de los incidentes notificados en nuestro sistema SINISP fue el retraso en el diagnóstico oncológico debido a la ausencia de un sistema de alerta que informara sobre resultados positivos en anatomía patológica. Este retraso podía impedir la toma de decisiones críticas en el tratamiento de los pacientes. Con el objetivo de reducir el tiempo de respuesta y mejorar la seguridad del paciente, se implementó una alarma informática para notificar automáticamente a los facultativos cuando se detecta un resultado patológico positivo.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

La notificación tardía de resultados patológicos podía generar retrasos en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento, impactando en el pronóstico del paciente. La falta de un sistema de alerta suponía que estos resultados podían pasar desapercibidos durante varios días, especialmente en casos con alta carga asistencial.

Objetivos

- Reducir el tiempo de notificación y respuesta ante resultados positivos en anatomía patológica.
- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria.
- Minimizar el riesgo de demoras en el diagnóstico y tratamiento oncológico.

Actuaciones realizadas

1. Análisis del problema: Sesiones de trabajo conjuntas entre Atención Primaria y Hospitalaria para identificar puntos de mejora en el circuito de comunicación de resultados.
2. Diseño de la solución: Definición de una alarma informática que notifica automáticamente a los facultativos responsables cuando se registra un resultado patológico positivo.
3. Implementación: Despliegue de la alarma informática en colaboración con el laboratorio de Anatomía Patológica.
4. Comunicación y formación: Difusión de la nueva funcionalidad a través de la intranet y sesiones informativas para los profesionales implicados.

Impacto

- La implementación se llevó a cabo en noviembre de 2024.
- El 100% de las muestras patológicas analizadas han activado la alarma de resultado positivo con el beneficio de la notificación inmediata.
- El personal médico valora positivamente el nuevo sistema, destacando la mejora en la agilización de los diagnósticos.

Transferibilidad

Este modelo puede replicarse fácilmente en otros centros sanitarios con servicios de anatomía patológica y sistemas de notificación informática. Solo es necesario definir los criterios para activar la alarma y asegurar que los facultativos reciban las notificaciones de manera efectiva. La implementación de la alarma ha sido sencilla y ha requerido una inversión tecnológica moderada. Nuestra experiencia puede servir de guía para otras instituciones que busquen mejorar la seguridad del paciente mediante la digitalización de los circuitos de notificación y asegurar una calidad asistencial a través de la implementación de circuitos.

Anexo 1. Nota Publicada

Nova notificació per resultats d'Anatomia Patològica

Font: Oficina Pla de Sistemes

Divendres, 8 de novembre de 2024

A partir de dilluns 11 de novembre, es posarà en marxa una nova notificació per millorar els circuits de seguiment dels resultats d'Anatomia Patològica (AP).

Els facultatius que realitzin una petició d'AP **rebran un correu electrònic de notificació en cas que el resultat sigui informat com a maligne**, amb l'objectiu de recordar la revisió d'aquests casos.

Aquest correu tindrà el següent contingut:

Assumpte: Detecció malignitat a resultat AP

Missatge:

Benvolgut/Benvolguda:

S'ha detectat un informe de malignitat en la petició n°XXXXXX, que correspon a la HC XXXX.

Recordem, a més, que en el mòdul de xGPC i en l'apartat de Control d'Anatomia Patològica es pot filtrar per malignitat, acció que pot facilitar la tasca de revisió dels resultats d'AP per part dels revisors de cada servei.

Aquest nou procediment facilitarà el seguiment i la gestió de casos de malignitat, assegurant que els resultats crítics es revisin de manera oportuna i sistemàtica.

Anexo 2.

The screenshot shows a web application interface for medical data management. On the left, there is a sidebar menu with various navigation options, including 'Control de a. patológica' which is highlighted with a red box. The main area contains search filters: 'Fecha' (04/10/2024 - 25/10/2024), 'Tipo de estudio' (TODO), 'Especialidad' (CIRUGIA GENERAL), 'Servicio' (HOSPITALIZACIÓN C. GENERAL), 'Estado' (TODO), and 'Resultado neoplásico' (highlighted with a red box). Below the filters is a table with columns: 'Petición', 'Solicitud', 'Ref. Ext.', 'Finalización', 'Tipo de estudio', and 'Estado'. A single row is visible with the following data: 40064300, 15/10/2024 14:06, 0066018182, 24/10/2024 17:15, Bopsia, F. Sin lectura.

Experiencia 10. “Mejora de la Seguridad en el Proceso Vacunal en Atención Primaria: análisis de notificaciones y diseño de soporte informativo para prevención de errores”

Autores y colaboradores: *Marta Riqué Cazaux, Roger Fitó Tarragó, Anna Reñé Reñé, Paula Cerdán Capote, Paula Ronda Sabaté, Meritxell Perez Bartolomé, Eduardo Lopez Sixto.*

Justificación

La práctica de la vacunación tiene un impacto crucial en la salud pública de las poblaciones, pero diversos factores pueden afectar su eficacia y exponer a los individuos a eventos adversos. A través del análisis de las notificaciones del Sistema de Notificación de incidentes de Seguridad del Paciente (SNI SP Cat) en nuestro territorio relacionadas con errores de vacunación, se identificaron las tipologías de error más frecuentes y se diseñó un sistema de tarjetas informativas que especifican los posibles problemas de seguridad detectados para cada vacuna.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es mejorar la seguridad en el proceso de vacunación.

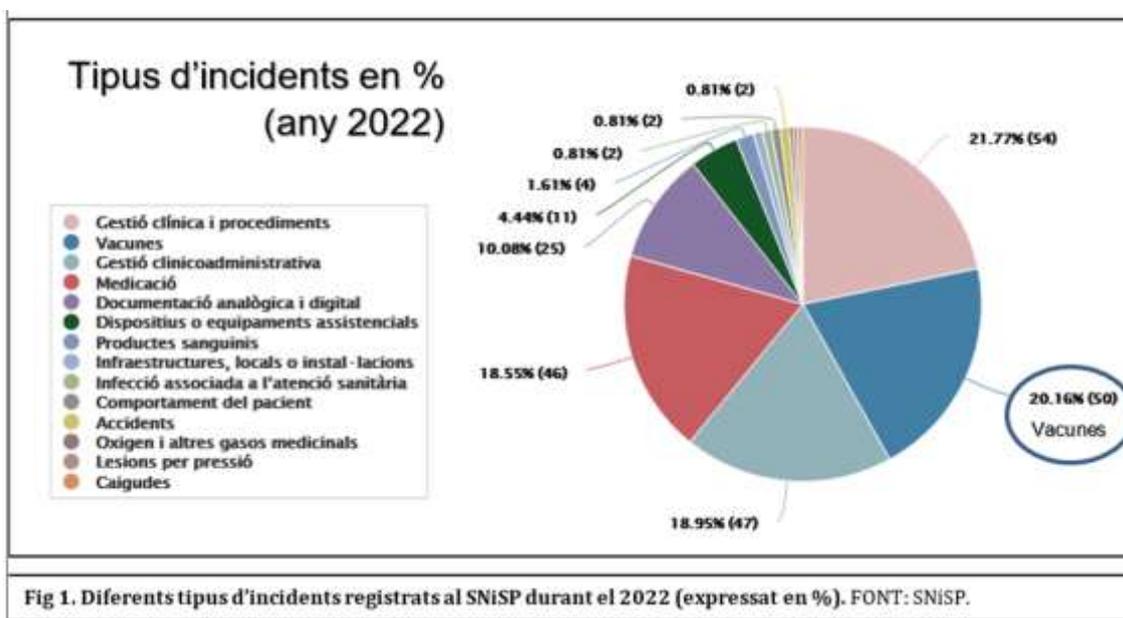
Los objetivos secundarios son mejorar la seguridad percibida por los profesionales en el proceso de vacunación, reducir el número de consultas e interrupciones a los referentes de vacunas de los centros y crear conciencia entre los profesionales sobre los errores de vacunación.

Contenido de la experiencia

La práctica de la vacunación tiene un impacto importante en la salud pública de las poblaciones. Existen diversos factores que pueden condicionar su resultado, reduciendo su eficacia y exponiendo a los individuos a eventos adversos. Entre estos factores, uno de los más trascendentales son los errores en el proceso de vacunación.

Los errores pueden ocurrir en cada fase del proceso de vacunación: prescripción, dispensación, preparación, administración, seguimiento, registro en la historia clínica del paciente, almacenamiento y transporte, incumplimiento de contraindicaciones, de la edad recomendada, confusión entre vacunas o con otros medicamentos, o entre dosis de vacunas.¹

En la siguiente gráfica podemos ver que, del conjunto de incidencias notificadas en el SNIISP, una de las tipologías de incidencias con mayor peso específico está relacionada con las vacunas.



Evolución del registro de incidentes

Con el cambio de plataforma de TPSC Cloud a SNIISP Cat (diciembre 2021), apareció el tipo de incidente "vacunas". Hasta entonces, los incidentes relacionados con las vacunas se notificaban junto con otros incidentes relacionados con medicamentos bajo el epígrafe "medicación".

A raíz de la visualización separada de los incidentes relacionados con la vacunación, se inició una revisión específica en reuniones periódicas entre la referente territorial de vacunas y el referente territorial de seguridad del paciente.

En estas reuniones se observó que la mayoría de incidencias registradas durante el 2022 correspondían a errores recurrentes: falta de registro en ECAP (historia clínica electrónica) de la vacuna previa a su administración, incorrecta reconstitución de la vacuna triple vírica, administración de vacunas pediátricas a adultos o viceversa, administración de vacunas contraindicadas o erróneas a embarazadas, e incidentes en el registro y administración de las vacunas COVID.

Se analizaron estas incidencias en reuniones con las referentes de vacunas de distintos centros del territorio y se decidió crear un grupo de trabajo para revisar todos los incidentes registrados en SNIISP, TPSC Cloud y la aplicación de incidencias. Así se pudo observar la evolución de la notificación de estos incidentes y su contenido.

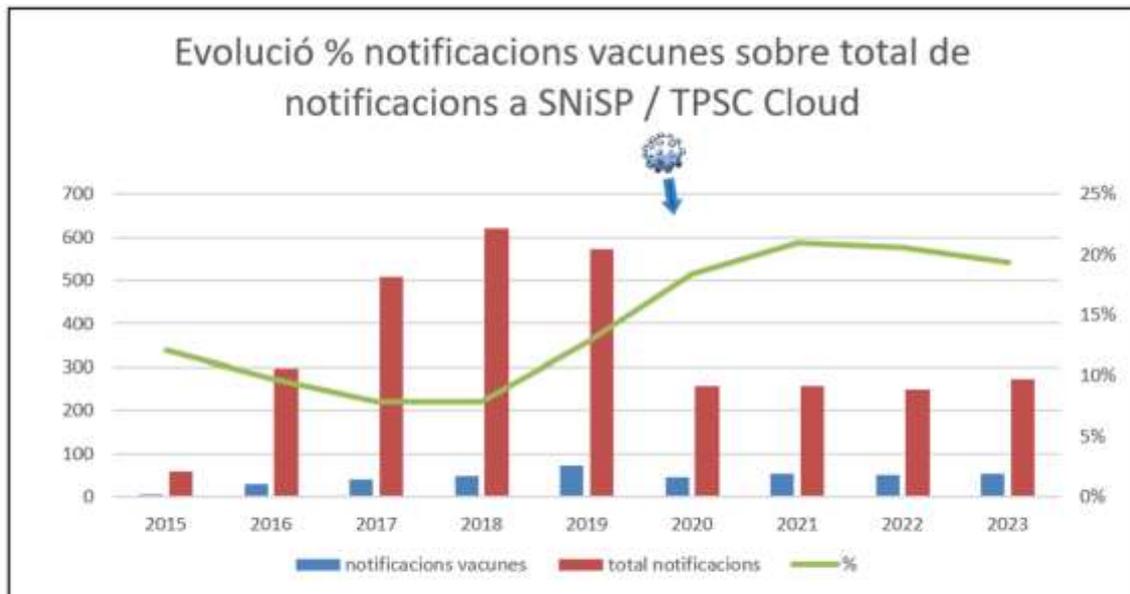


Fig 2. Evolució de % de notifiacions de vacunes sobre el total de notifiacions. FONT: Elaboració pròpia a partir de les dades registrades a SNIISP / TPSC Cloud i aplicatiu d'incidències.

Como podemos observar en el gráfico, aunque entre 2019 y 2020 la notificación de incidentes de seguridad disminuyó como consecuencia de la pandemia, el porcentaje de incidentes relacionados con la vacunación aumentó. Probablemente, este hecho se deba a la introducción de la vacunación contra la COVID-19 y a la complejidad organizativa y procedimental que implicó.

Sin embargo, este porcentaje se ha mantenido por encima del 20% del total de incidencias desde entonces. Creemos que esto puede deberse a una mayor sensibilización en relación con la seguridad del paciente por parte de los profesionales de referencia en vacunación en comparación con otros profesionales de la organización.

Factores contribuyentes a los errores de vacunación

Si observamos lo que sucede en otros entornos, podemos ver que la situación es similar. En EE. UU., según los registros del VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), un sistema de notificación de incidentes relacionados con la vacunación en dicho país, los errores de notificación han aumentado sustancialmente. Los factores contribuyentes identificados incluyen cambios en la cultura de notificación, un aumento en la complejidad del calendario de vacunación, la disponibilidad de productos con nombres o acrónimos similares y una mayor atención al almacenamiento y los controles de temperatura.²

En 2020 se publicó un estudio que tenía como objetivo definir la prevalencia de errores relacionados con la vacunación documentados en la literatura médica en inglés entre 2009 y 2018 e identificar los tipos de errores más comunes ocurridos en ese período. Este estudio incluyó investigaciones realizadas en Canadá, el Reino Unido, Estados Unidos, Taiwán y Brasil. Se calculó que la prevalencia de los errores de vacunación era de 1,15 errores por cada 10.000 dosis de vacuna administrada (rango: 0,005-141,69 por 10.000 dosis). Los errores de vacunación más frecuentes fueron "vacuna administrada por error" y "administración fuera del calendario"³. Estos datos coinciden en gran medida con lo que hemos observado en nuestro territorio.

Un estudio previo de 2018 señalaba que, de un total de 3,4 millones de vacunas administradas en Atlanta (EE. UU.), el 0,7 % se administró con retraso y el 0,1 % se aplicó antes de lo recomendado, lo que generó un sobre coste significativo debido a la necesidad de revacunación correctiva.⁴

Finalmente, se concluyó, en colaboración con los referentes de vacunas del territorio, que una buena herramienta para minimizar los incidentes de seguridad y constituir una nueva "barrera del sistema" (siguiendo el modelo mental del queso suizo de James Reason⁵) podría ser la creación y el uso de tarjetas que resuman la información más relevante a considerar en el momento de administrar cada vacuna.

Como resultado, se elaboró un procedimiento específico para la identificación de las vacunas mediante tarjetas identificativas específicas, que se incorporarían dentro de las neveras delante de cada tipo de vacuna, alertando de los posibles problemas de seguridad relacionados con cada producto.

Para cada vacuna se especifica:

En la cara anterior:

- La indicación de la vacuna y el nombre comercial
- Edad mínima i máxima de administración
- Si existen contraindicaciones a la administración (campo destacado en color rojo si existen)
- Si requiere algún tipo de preparación específica (campo destacado en color naranja)
- Observaciones

En la cara posterior de la tarjeta se encuentra un código QR que enlaza con la ficha de la vacuna en el 'Manual de Vacunacions de Catalunya', donde se recoge toda la información relacionada con la vacuna.



Para garantizar la implementación del procedimiento de etiquetado de vacunas, se definió un cronograma que establecía que, se realizaría una prueba piloto en 3 Equipos de Atención Primaria (EAP) durante cuatro meses, la cual se evaluaría mediante una encuesta dirigida a los profesionales de estos centros.

De la revisión de esta encuesta de evaluación se extrajeron las siguientes conclusiones:

- **Ubicación de las tarjetas:** Se considera mejor colocarlas en la caja o bandeja en lugar de la estantería, para no dificultar la visión de las vacunas.
- **Bandejas de diferentes colores:** Para evitar confusiones en la distribución de vacunas con nombres similares.
- **Código QR:** Se valoró colocarlo en la parte frontal, pero el tamaño mínimo requerido es de 2 x 2 cm. Se priorizó la información que ayuda a reducir incidencias.
- **Etiquetado de envases:** Se valoró etiquetar cada caja, pero se consideró un balance costo-beneficio desfavorable y poco sostenible.
- **Información sobre intervalos:** No se consideró imprescindible en la etiqueta, ya que puede consultarse en el QR.
- **Ficha técnica:** El QR dirige al manual de vacunas en lugar de la ficha técnica, ya que esta está disponible en papel dentro de cada caja.

Una vez incorporadas las mejoras a las tarjetas sugeridas en la evaluación, se inicia el despliegue. Se informa a las direcciones de los EAPs sobre el proyecto y, con el liderazgo de los referentes de vacunas de los centros, se pone en marcha en todo el territorio.

Para mantener la información actualizada, se asignan 3 responsables territoriales del proyecto y se llevan a cabo reuniones periódicas de la comisión técnica para la actualización y revisión de las tarjetas.

Tres meses después del despliegue en todos los EAPs, se realiza una encuesta de evaluación y un análisis de resultados.

Resultados

Los resultados de la encuesta concluyen que:

- El 92 % de los profesionales han encontrado bastante o muy útil el uso de las tarjetas al administrar vacunas.
- El 88 % se han sentido más seguros en el proceso de vacunación.
- El 94 % consideran que contienen la información necesaria.

El número de notificaciones de errores en SNI SP no ha variado significativamente.

Conclusiones

- El etiquetado de vacunas ha sido una estrategia efectiva para mejorar la seguridad en la administración de vacunas y minimizar errores.
- Los profesionales que administran vacunas valoran muy positivamente el proyecto, se sienten más seguros en el proceso de vacunación y consideran que las tarjetas contienen la información necesaria.
- Los profesionales continúan notificando los errores de vacunación detectados, lo que demuestra su compromiso y concienciación en la mejora de la seguridad del proceso de vacunación.

Ejemplo de nevera con tarjetas informativas



Bibliografía

1. *Erreurs liées aux vaccinations: les analyser pour les éviter. Rev Prescrire, 37 (402) (2017).*
2. *Hibbs BF, Moro PL, Lewis P, Miller ER, Shimabukuro TT. Vaccination errors reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), EE. UU., 2000-2013.*
3. *Morse-Brady J, Hart AM. Prevalence and types of vaccination errors from 2009 to 2018.*
4. *Rodgers L, Shaw L, Strikas R, Hibbs B, et al. Frequency and Cost of Vaccinations Administered Outside Minimum and Maximum Recommended Ages.*
5. *Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000.*
6. *AEP. Los errores de vacunación son evitables. 31 mayo 2020.*

Transferibilidad

Este proyecto es fácilmente transferible a cualquier equipo de atención primaria gracias a su sencillez y al bajo coste de los recursos necesarios para su implementación. Se ha presentado a los referentes territoriales de vacunas de la atención primaria del del Institut Català de la Salut (ICS) y ha sido adoptado en diversos territorios, con las adaptaciones necesarias según cada contexto local.

Experiencia 11. “La gestión de los eventos adversos como sistema para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el continuum asistencial”

Autores y colaboradores: *Victòria Sabaté Cintas, Esther Badia Perich, Núria Emiliano Griell, Irene Garcia Sanchez, Josep Maria Bonet Simo, Lidia Palau Morales, Javier Jusmet Miguel, Marta Morera Garcia, Joan Pau Golf Zaragoza.*

Justificación

Somos un ámbito asistencial que incluye dos Gerencias de Atención Primaria con 66 Equipos de Atención Primaria (EAP), 2 Equipos Territoriales de Atención Pediátrica (ETAP), 6 Centros de Urgencias (CUAP), 7 centros de Atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y 5 Equipos de Atención domiciliaria (PADES). Damos asistencia a una población formada por 1.500.000 de habitantes a través de 5600 profesionales. Dentro del territorio nos relacionamos con 7 Hospitales y con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM)

El modelo sanitario actual, orientado a garantizar una excelente atención que integre la seguridad del paciente, requiere una metodología de trabajo para implantar una adecuada gestión del riesgo. Los eventos adversos de coordinación (EAC) y las Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente (UFTSP) son una buena herramienta de coordinación entre ámbitos para aprender de ellos y aplicar soluciones.

En los últimos años se han ido creando en nuestro territorio las Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente (UFTSP) entre Atención Primaria, los hospitales de referencia y el Servicio de Emergencia Médicas. Estas UFTSP realizan funciones de información y formación sobre seguridad del paciente, promoción de prácticas seguras e identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos sanitarios.

La gestión se realiza por medio del sistema de notificación de incidentes de seguridad del paciente de Cataluña (SNISP.Cat). Todo el proceso de notificación, gestión, análisis, definición de acciones de mejora y seguimiento de su implantación queda recogido en el aplicativo.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Tras el análisis de los incidentes de seguridad notificados en nuestro territorio, se detectó un elevado porcentaje de eventos adversos de coordinación (EAC). Estos EAC no se podían analizar

unilateralmente sin la participación de todos los ámbitos involucrados en la asistencia al paciente afectado, así que se visualizó la necesidad de crear las Unidades Transversales de Seguridad del paciente (UFTSP). Estas UFTSP funcionan según un procedimiento definido conjuntamente, que se revisa de forma anual.

Objetivo

Analizar los Eventos Adversos de Coordinación (EAC) entre Atención Primaria y Hospital o SEM, definir acciones de mejora e implantarlas para mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente en el continuum asistencial.

Actuaciones realizadas

A lo largo de los últimos 9 años se han ido creando, de forma progresiva, las UFTSP con los 7 hospitales de referencia del territorio y con el SEM.

Metodología de trabajo

La Unidad de Calidad territorial de Atención Primaria revisa las notificaciones de eventos adversos realizadas en todo el territorio, a través del SNISP.Cat, e identifica aquellos eventos en los que intervienen otros ámbitos asistenciales, como hospital o SEM. Una vez identificados los eventos adversos de coordinación (EAC) se comparten a través del mismo aplicativo SNISP.Cat con el Responsable de Calidad del hospital implicado, con el Responsable de Calidad del SEM, o con ambos en algunos casos.

Una vez se han compartido los EAC se realiza un primer análisis en cada ámbito asistencial con los profesionales implicados y los expertos en el tema a tratar dentro del mismo aplicativo. Tras este análisis interno en cada ámbito se priorizan los EAC a analizar conjuntamente en la UFTSP. En las reuniones operativas de las diferentes UFTSP, en las cuales participan las unidades de calidad, directivos y profesiones implicados, se analizan los EAC siguiendo el Protocolo Londres. Se revisa cronograma unificado después de las aportaciones de los diferentes ámbitos asistenciales implicados, se detectan las acciones inseguras que han favorecido el EAC y se proponen acciones de mejora para evitar su repetición. En la misma reunión se priorizan las acciones de mejora a implantar en función de su efectividad, eficiencia, factibilidad y aceptabilidad. Una vez hecha la priorización se presentan a las correspondientes direcciones para su validación y se les asigna un responsable y un cronograma de implantación. Se finaliza el análisis identificando las segundas víctimas relacionadas con el EAC y activando el protocolo de soporte, en caso de ser necesario.

En cada reunión operativa se revisa el nivel de implantación de las acciones propuestas en las

reuniones previas y se van cerrando en el aplicativo.

Resultados

- Indicadores de estructura (2016-2024):
 - Implantación sistema de notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente de Cataluña (SNISP.Cat) accesible a los 5600 profesionales de Atención Primaria
 - Identificación de 4 gestores territoriales del SNISP.Cat
 - Identificación y formación de 82 Gestores de centro del SNISP.Cat
 - 1 Unidad funcional de seguridad del paciente territorial.
 - 82 comisiones de calidad y seguridad del paciente de centro creadas y funcionando
 - Definición e implantación del procedimiento de soporte a las segundas víctimas
 - Definición e implantación del procedimiento de las UFTSP
 - Creación de 8 UFTSP: 7 entre Atención Primaria y hospital; 1 entre Atención Primaria y SEM.

- Indicadores de proceso (2016-2024):
 - 168 reuniones operativas de las diferentes UFTSP realizadas
 - 2513 profesionales participantes en las reuniones de las UFTSP
 - 602 Notificaciones de eventos adversos de coordinación
 - 482 eventos adversos de coordinación analizados en la UFTSP (80% de los EAC notificados)
 - 87 profesionales con sintomatología de segunda víctima identificados
 - 87 segundas víctimas con ofrecimiento de soporte específico (100% de las SV identificadas)
 - 2021 acciones de mejora propuestas
 - 1518 acciones de mejora priorizadas (75% de las acciones propuestas)
 - 1350 acciones de mejora implantadas (89% de las acciones priorizadas)

- Indicadores de resultados (2016-2024):
 - Revisión de las carteras de servicios de las 10 especialidades y de los criterios de derivación desde la atención primaria a la atención especializada hospitalaria, mediante consenso. Se ha hecho difusión para hacerlas accesibles a todos los profesionales, mejorando la información disponible a las intranets de atención primaria y hospitales.
 - Mejora del circuito de comunicación de resultados anormales en las pruebas diagnósticas que se realizan en el hospital: endoscopias digestivas y respiratorias,

radiodiagnóstico. Difusión en todos los centros a través de los comités asistenciales y en la intranet.

- Mejora de la continuidad de curas al alta de los pacientes con protocolo de actuación y difusión en todos los ámbitos.
- Evaluación de la calidad del informe de alta hospitalaria y de la expedición de receta electrónica al alta. Implantación de medidas correctoras con los servicios médicos hospitalarios.
- Definición del procedimiento de coordinación en la atención al paciente en situación de final de vida con la creación de una red asistencial específica que incluye, equipos de atención primaria, servicios de urgencias de atención primaria, SEM y hospitales.
- Creación de visitas virtuales de 8 especialidades con agenda específica. Las consultas virtuales tienen como objetivo principal la mejora de la accesibilidad a la atención especializada hospitalaria, apoderando los médicos de atención primaria y evitando desplazamientos innecesarios a los pacientes.
- Definición de un programa de formación y sensibilización anual sobre código ictus y código IAM a profesionales de todos los niveles asistenciales.
- Creación de circuito de seguimiento de pacientes con riesgo de suicidio que no cumplen los criterios del código suicidio. Difusión e implantación del circuito consensuado a nivel de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.
- Cambios en el sistema de priorización de gravedad de los servicios activados al SEM des de Atención Primaria.
- Elevada satisfacción del soporte ofrecido a los profesionales con sintomatología de segundas víctimas.
- Disminución de EAC identificados después de la implantación de las acciones de mejora.

Lecciones aprendidas

La gestión de los eventos adversos de coordinación a través de las Unidades funcionales transversales de seguridad de los pacientes es un buen sistema de trabajo para la mejora de la seguridad de los pacientes en relación con la continuidad asistencial. Trabajar conjuntamente ayuda a ver las diferentes miradas, carencias de los circuitos y problemas de comunicación, que son la base de los incidentes de coordinación asistencial. La creación de las UFTSP ha garantizado la definición de la metodología del análisis y, por lo tanto, una buena referencia que nos permite profundizar en la causalidad de los eventos adversos. Se ha demostrado una mejora en la calidad asistencial estandarizando procedimientos y protocolos del continuum asistencial, así como la reducción de incidentes con daño a paciente.

La utilización de un sistema de notificación de incidentes de seguridad integrado y accesible desde todos los ámbitos asistenciales (SNISP.Cat), que permite compartir información entre gestores, facilita la comunicación y el análisis conjunto.

Transferibilidad

La dinámica de trabajo conjunta entre diferentes ámbitos asistenciales se ha consolidado en nuestro territorio durante los últimos años. Se ha demostrado que el análisis conjunto de eventos adversos y la colaboración nos ayuda a identificar puntos débiles en la transición asistencial y facilita la definición de circuitos, carteras de servicio y protocolos de actuación consensuados.

Este modelo de las Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente (UFTSP) se puede implantar en cualquier otra organización sin necesidad de grandes modificaciones; únicamente debe consensuar la dinámica de trabajo y compartir las notificaciones de los eventos adversos de coordinación. Trabajar conjuntamente aporta más información y favorece la implantación de acciones de mejora en el continuum asistencial.

Experiencia 12. “Incremento en las notificaciones de incidentes de seguridad de paciente en el ámbito de Atención Primaria Metropolitana Sud i Penedés. Resultado de la implantación de un plan estratégico de Seguridad”

Autores y colaboradores: *Maria Jesus Megido Badia, Lina Jodar Fernandez, Esther Freixes Vilaro, Natalia Cabeza Hurtado, Coral Fernandez Solana, Daniel Ferrer-Vidal Cortella, Rocio Moreno Pineda.*

Justificación

La experiencia que presentamos se basa en la mejora de las notificaciones de incidentes de seguridad del paciente en un Ámbito de Atención Primaria que incluye 72 equipos. Se describe el plan de seguridad llevado a cabo con las principales líneas y acciones, así como la evolución con la mejora de los resultados. El incremento exponencial logrado nos anima a presentar nuestra experiencia, así como la consolidación y aumento en las acciones de mejora que va más allá de las notificaciones y muestra uno de los valores de las mismas.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

El Ámbito de Atención Primaria de Metropolitana Sud i Penedés comprende 72 equipos de atención primaria y unidades de soporte (ASSIR, Rehabilitación, PADES, etc.). Es un territorio que incluye zonas de ámbito rural y zonas urbanas de gran densidad de población, (con más de 30 consultorios locales pequeños), tiene una dispersión importante y una alta presión asistencial en la zona urbana. La población de referencia es de 1.300.000 habitantes.

Tras la época Covid, desde el Área de Calidad de la Dirección de Atención Primaria, se puso el foco en el bajo número de notificaciones de incidentes de seguridad.

Las notificaciones se realizan mediante el sistema de notificaciones del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya: SNISP Cat. El objetivo del sistema de notificación y gestión de incidentes SNISP Cat es promover la cultura de seguridad del paciente, explicar los riesgos en el ámbito sanitario, aprender de los errores y encontrar nuevas estrategias que favorezcan una mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. Dicho sistema de notificaciones facilita el análisis y la gestión de los incidentes para mejorar la seguridad y reducir la probabilidad, mediante barreras o mejoras, de que sucedan nuevos incidentes.

Análisis realizados

Con el fin de mejorar esta situación se llevó a cabo un análisis evolutivo de los incidentes notificados, global y por equipos.

También se realizó un cuestionario para valorar la cultura de seguridad en los directivos y responsables de calidad de los equipos.

En el análisis previo se exploraron los planes y acciones de otros territorios, así como un análisis DAFO con directivos y referentes de calidad de algunos equipos.

La situación basal como se puede observar en la gráfica 1 es que desde el año 2012 hasta el 2015 no llegaba a 100 el número total de notificaciones anuales, des del 2015 hasta 2020 se situaban entre 400 y 600. Es posteriormente cuando se lleva a cabo un Plan de seguridad del Paciente en nuestro territorio.

En 2022 se realizó la encuesta MOSPS a los referentes de calidad y a los directivos de cada equipo.

De los 201 cuestionarios cumplimentados destacan los siguientes resultados:

A. Incidencias de seguridad y calidad (16,25%). Destacan: dificultad para concertar cita en 48h (39,30%), no disponibilidad de resultados de laboratorio o radiológicos (35,82%)

B. Incidencias de intercambio de información con otros niveles asistenciales (26,24%). Destaca: Hospital (40,80%)

C. Clima laboral, formación y organización: resultados positivos (63%). Destaca: exceso de carga laboral (60%).

D. Incidencias de comunicación y seguimiento (44,71%). Destaca: miedo a verbalizar desacuerdos e informar de los errores (29,21%).

E. Soporte del equipo directivo: la dirección prioriza la mejora de procesos y la necesidad de cambiar las cosas ante un problema (81,39%).

F. El centro dispone de procesos de prevención de errores, los modifica en caso necesario/comprueba efectividad de los mismos (78,61%).

G. Puntuación global de la calidad: Excelente/Muy bien/Bien (87,31%).

En el análisis DAFO destacó la falta de formación en seguridad del paciente, la baja notificación de incidentes de seguridad y una buena valoración de los referentes de calidad entre otras.

Objetivos

1. Incrementar las notificaciones de los incidentes de seguridad como base para mejorar la seguridad del paciente.
2. Incrementar la gestión de los incidentes y las acciones de mejora vinculadas.

Actuaciones realizadas

Después del análisis anteriormente citado se optó por llevar a cabo un Plan de Seguridad del Paciente multidimensional.

Se descartó el acompañar de incentivos económicos y se puso énfasis en la consolidación de la estrategia.

A modo de esquema se trabajaron las siguiente líneas y acciones

Área	Acciones
Estrategia y Liderazgo Cultura de seguridad	Implicación directiva gerencial en Calidad
	Participación Unidad de Calidad en los Comités de Dirección
	Calidad como línea estratégica
	Reconocimiento de la estructura de líderes de calidad en cada equipo y comisión de calidad
Formación	Curso básico de seguridad del paciente
	Curso plataforma de notificaciones SNISP Cat
	Curso de gestión de incidentes de seguridad
	Formación Residentes 1er año EIR /MIR
	Sesiones clínicas Equipos de análisis de incidentes
	Webinar para los profesionales de atención a la ciudadanía
Acompañamiento	Reuniones trimestrales con referentes de calidad
	Plan de acogida nuevos referentes, a nuevos directivos y a todos los profesionales de nueva incorporación
	Briefings y rondas de seguridad
Evaluación y aprendizaje	Auditorias anuales
	Benchmarking
	Proyectos de mejora Notificaciones
	Retroalimentación de las mejoras implantadas a raíz de la notificación de incidentes
Segundas Víctimas	Creación programa de segundas víctimas
Comunicación	Campaña de comunicación de prácticas seguras mediante salvapantallas, revista interna infoflash, entrevistas a profesionales, etc.
Unidades Funcionales Transversales de Seguridad del Paciente	Unidades SP con Hospitales de referencia donde se trabajan incidentes notificados y se asignan desde SNISP los incidentes de cada ámbito.

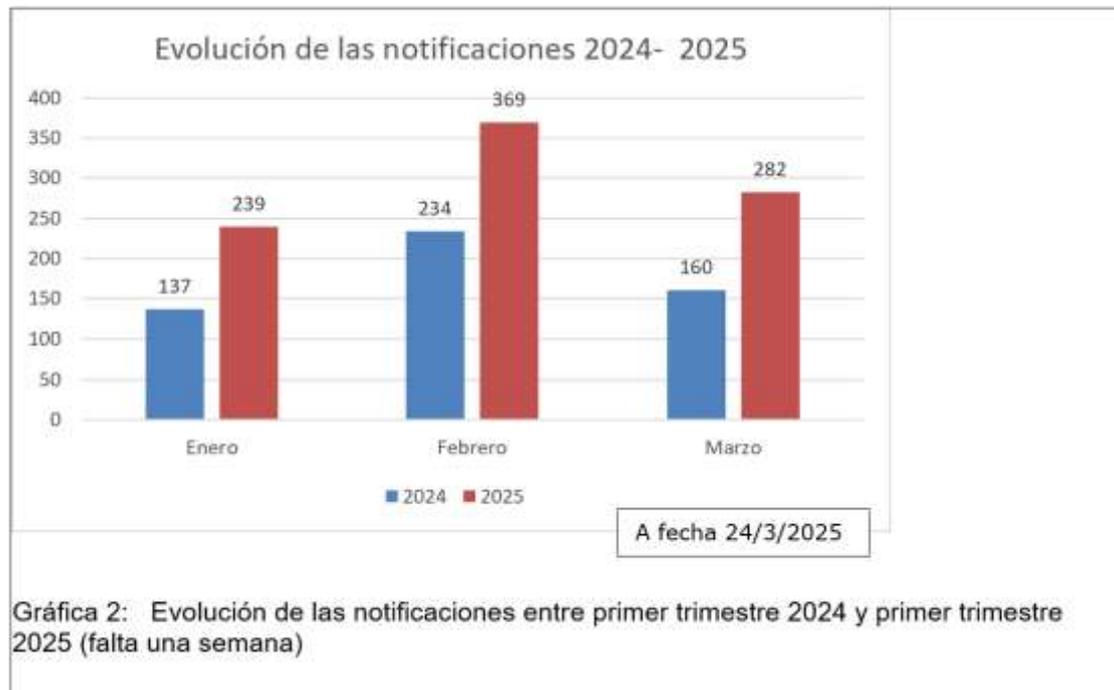
Impacto

Los resultados, mediante la explotación que facilita el propio sistema de notificaciones, muestran un incremento exponencial de las notificaciones después de la implantación del Pla de Seguridad en 2022 (Grafica 1)

Y que sigue aumentando en los meses de 2025 respecto al año anterior (Grafica 2). Este valor refleja que se consolida el incremento de notificaciones.



Gráfica 1: evolución de las notificaciones de los incidentes de seguridad



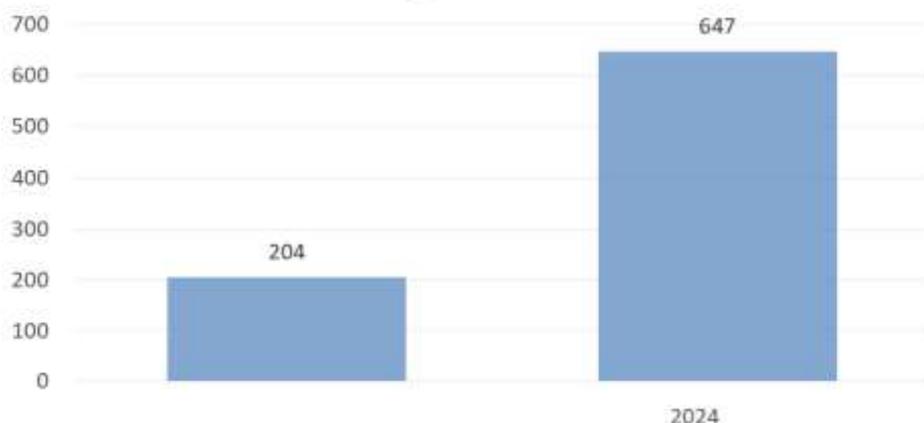
Gráfica 2: Evolución de las notificaciones entre primer trimestre 2024 y primer trimestre 2025 (falta una semana)

El sistema de notificaciones integra también la gestión de los incidentes mediante análisis causal (Ishikawa y London), así como las acciones de mejora.

En la gráfica 3 se muestra el incremento de las acciones de mejora vinculadas a los incidentes notificados:

204 acciones de mejora en 2023 y 647 en 2024.

Incidentes con acciones de mejora registrados



Gráfica 3: Evolución de los incidentes con acciones de mejora registradas

La consolidación del incremento de las notificaciones, así como el aumento de incidentes analizados y con acciones de mejora evidencia los resultados del Plan de seguridad y el cambio que ha generado en los equipos de atención primaria del territorio.

Transferibilidad

La mejora de las notificaciones trabajada más allá del número sino desde un plan de seguridad es replicable a otros territorios. La importancia de la cultura de seguridad, de la implicación directiva, la formación, el acompañamiento a los responsables de calidad a los equipos y las campañas internas de comunicación directas a todos los profesionales, tiene como consecuencia el incremento de las notificaciones. Pero destacaríamos también el incremento de las acciones de mejora vinculadas a los incidentes notificados y sobre todo la consolidación para que no haya crecimientos que por falta de cultura o de retroalimentación luego disminuyan con el tiempo.

Experiencia 13. “InfoFarma: Respuesta tecnológica a incidentes de seguridad del paciente y práctica de mejora continua en el uso de medicamentos.”

Autores y colaboradores: *Montserrat Gens Barberà, Ferran Bejarano Romero, Núria Hernández Vidal, David Ayala Villuendas, Olga Ochoa Gondar, Inmaculada Hospital Guardiola, Georgina Vidal Mansilla, Eva Oya Girona, Marta Pujol Vidal, Yolanda García Hernández, Angel Vila Rovira, Yolanda Mengíbar García.*

Justificación

Los errores de medicación constituyen una de las principales causas de incidentes de Los errores de medicación constituyen una de las principales áreas de riesgo en atención primaria y son, en su mayoría, evitables (1). Su relevancia ha sido ampliamente documentada, y se consideran una causa frecuente y significativa de daño a los pacientes. Una revisión sistemática reciente identificó los incidentes relacionados con la medicación como la principal causa de daño evitable en el entorno sanitario, con una elevada prevalencia y gravedad, lo que subraya la necesidad de desarrollar estrategias efectivas de prevención (2). En la Gerencia de APyC del ICS Camp de Tarragona, el análisis de los datos del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad del Paciente(SNISP Cat) evidenció que aproximadamente el 30% de los incidentes notificados estaban relacionados con el uso de medicamentos, siendo los errores de dosificación y administración los más frecuentes. Ante esta realidad, se detectó la necesidad de implementar una intervención estructurada para reducir este tipo de errores. Las estrategias convencionales como la formación, boletines, alertas y protocolos, resultaban insuficientes para abordar de manera sostenible los factores humanos y sistémicos implicados. En este contexto, se desarrolló InfoFarma, una herramienta digital accesible desde internet, intranet corporativa y dispositivos móviles, que proporciona información clave, clara y actualizada sobre el uso seguro de los medicamentos (indicación, preparación, administración, efectos adversos, interacciones). InfoFarma surge directamente del análisis de los incidentes notificados, como una medida correctora basada en evidencia real y en el aprendizaje organizativo. Esta experiencia ejemplifica cómo la notificación y análisis de incidentes puede traducirse en una mejora tangible y transferible en la práctica clínica diaria, mejorando la calidad y seguridad del paciente.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

La seguridad del paciente es una prioridad estratégica de la Gerencia de APyC del Institut Català de la Salut (ICS) en el Camp de Tarragona. Entre los distintos tipos de incidentes reportados por los profesionales sanitarios mediante el SNISP Cat, los relacionados con la medicación han sido recurrentemente una de las áreas críticas más destacadas. El análisis de los datos de notificación de incidentes de seguridad del paciente (ISP) en la región reveló que más del 17%(392) estaban vinculados con errores de dosificación. Estos errores, aunque en su mayoría no causaban daño (más del 50% eran incidentes sin daño), sí representaban un riesgo potencial importante. Un pequeño pero significativo porcentaje derivaba en eventos adversos que comprometían la seguridad del paciente. Se identificó que una parte relevante de estos errores estaba relacionada con la falta de acceso rápido a información actualizada, clara y adaptada al contexto clínico sobre los medicamentos. El análisis sistémico de los factores contribuyentes mostró que el 50% de los errores eran atribuibles a factores humanos, como lapsus, desconocimiento de la información o incumplimiento de protocolos. Las soluciones tradicionales como formación periódica, difusión de alertas y protocolos no lograban eliminar de forma efectiva los riesgos, especialmente en situaciones de urgencia o complejidad asistencial.

Análisis realizado

La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia de APyC del Camp de Tarragona, junto con la Unidad de Farmacia y el soporte de los sistemas de información (TIC), llevó a cabo un análisis estructurado de los incidentes de medicación mediante metodología de análisis de causa raíz, análisis de procesos y barreras y técnicas de priorización de riesgos (matriz de criticidad). El análisis evolutivo de los errores de dosificación notificados entre 2013 y 2024 en el SNISP Cat evidenció una tendencia estable y preocupante, con una carga sostenida de incidentes a lo largo de más de una década en el ámbito de la APyC del Camp de Tarragona.

2.1- Evolución de los errores de dosificación (2013–2024)

Desde 2013, los errores de dosificación representaron un porcentaje significativo del total de incidentes de medicación notificados. En varios años (2015, 2018, 2020), se observaron picos relevantes, que mostraban la persistencia del problema. En 2024, el volumen seguía siendo elevado, sin que las estrategias convencionales hubieran conseguido revertir la tendencia.

2.2- Gravedad de los incidentes

Del total de errores de dosificación notificados entre los años 2013 y 2024, el 12 % (228 casos) fueron clasificados como circunstancias notificables, es decir, situaciones que no llegaron a convertirse en incidentes, pero que evidenciaban un riesgo potencial. Casi el 20 % (380 casos)

fueron considerados cuasi-incidentes, errores detectados a tiempo que no llegaron a afectar al paciente. Más del 51 % (986 casos) fueron incidentes que alcanzaron al paciente, aunque no causaron daño clínico. Por último, aproximadamente el 17 % (319 casos) provocaron daño al paciente, constituyendo eventos adversos con consecuencias clínicas significativas. En cuanto a los eventos adversos, el 10,14 % (194 casos) requirieron observación clínica sin consecuencias, el 5,7 % (109 casos) provocaron daños temporales, el 0,31 % (6 casos) requirieron hospitalización, el 0,16 % (3 casos) causaron daños permanentes, el 0,26 % (5 casos) se clasificaron como situaciones críticas, y en el 0,1 % (2 casos) se notificó el fallecimiento del paciente. Estos datos reflejan que, aunque la mayoría de los errores no causan daño, existe una proporción relevante que sí tiene impacto clínico, lo que justifica la necesidad de intervenciones específicas orientadas a su prevención.

2.3- Incidentes centinela y señal de alerta

A finales de 2023 e inicios de 2024, se notificaron varios eventos adversos centinela graves relacionados con errores en la administración de medicamentos de alto riesgo utilizados en situaciones agudas en los dispositivos de urgencias de atención primaria, especialmente en el ámbito pediátrico, donde una dosificación incorrecta puede comprometer gravemente la seguridad del paciente. Estos eventos actuaron como catalizador para una revisión profunda del sistema.

2.4- Factores contribuyentes

El análisis de los errores de dosificación durante este periodo de estudio, identifico en casi el 70% factores contribuyentes relacionados con los profesionales i con la organización o el servicio. En relación con los factores vinculados al profesional representaron el 50% (n = 1.543), los más frecuentes fueron: aplicación incorrecta de normas o protocolos (576 casos, 16,96 %), error técnico como lapsus, distracción o equivocación (568 casos, 16,72 %), incumplimiento de órdenes o indicaciones (527 casos, 15,51 %) y desconocimiento de información específica (474 casos, 13,95 %). También se identificaron, en menor medida, selección inadecuada de alternativas disponibles (228 casos, 6,71 %), exceso de confianza, cansancio o agotamiento, problemas de comunicación con otros profesionales, y dificultades en la transmisión de la información. Por otro lado, entre los factores organizativos (n = 1.253) destacaron la existencia de protocolos, directrices o procedimientos inadecuados o inexistentes (440 casos, 35,12 %), una organización ineficiente de los equipos (264 casos, 21,07 %), la cultura o decisiones organizativas (202 casos, 16,12 %), la sobrecarga de trabajo o insuficiencia de recursos (141 casos, 11,25 %), y la falta de accesibilidad a protocolos o circuitos actualizados (138 casos, 11,01

%). 3-Objetivos Objetivo general Desarrollar e implementar una herramienta tecnológica que actúe como barrera de seguridad activa para mejorar el uso seguro de los medicamentos en el ámbito de la atención primaria y urgencias, reduciendo la variabilidad clínica y minimizando el riesgo de errores de medicación. Objetivos específicos

1. Aumentar la seguridad en la administración de fármacos en los dispositivos de urgencias y centros de salud de atención primaria mediante el acceso rápido y estructurado a información farmacológica crítica.

2. Disminuir la incidencia de errores relacionados con la dosificación y administración de medicamentos, especialmente en situaciones clínicas de urgencia o alta complejidad.

3. Proporcionar una herramienta digital práctica, accesible y de alta usabilidad que permita consultar la información esencial del medicamento (indicación, dosificación, preparación, administración, interacciones, precauciones y condiciones de conservación) desde distintos dispositivos.

4. Basar el diseño y contenido de la herramienta en los aprendizajes derivados del análisis de incidentes de seguridad y eventos adversos centinelas notificados en el SNSIP Cat en APyC.

5. Integrar infoFarma como recurso habitual de soporte a la toma de decisiones clínicas, promoviendo la estandarización de prácticas seguras y la mejora continua de la seguridad del paciente

Actuaciones realizadas

4.1- Acciones de mejora en relación a los incidentes notificados Se centraron en reforzar la comunicación y la concienciación interna, siendo la acción más frecuente informar al equipo, servicio o unidad implicada, con un 57,47 % del total. Otras acciones destacadas fueron la promoción de la cultura de seguridad (8,76 %), la mejora de la coordinación entre servicios o unidades (6,44 %) y la formación específica a los profesionales (4,64 %) creando un curso específico de formación de formadores a través de los responsables de calidad y SP de cada centro y el responsable de farmacia. También se priorizó la revisión de documentos como guías clínicas, protocolos o procedimientos normalizados de trabajo (4,64 %), así como la elaboración de nuevos documentos (4,38 %) y la implementación de mejoras en los sistemas informáticos (4,38 %). En menor proporción se identificaron acciones relacionadas con la estructura organizativa, el mantenimiento de infraestructuras, la dotación de personal, la creación de alertas o recursos informativos breves, y la acogida de nuevos profesionales. Estos datos reflejan un enfoque principalmente centrado en la sensibilización del equipo y en la mejora de procesos

de comunicación clínica, aunque también se han iniciado acciones estructurales y organizativas de carácter más transversal.

4.2- Diseño y implantación de la aplicación InfoFarma:

4.2.1 Diseño InfoFarma

Fruto del análisis de los incidentes y de la priorización del riesgo, se diseñó e implementó el proyecto InfoFarma. Esta herramienta consiste en una aplicación electrónica desarrollada internamente, accesible desde la intranet corporativa, navegadores web y teléfonos móviles.

- **Diseño colaborativo:** Grupo de trabajo multidisciplinar formado por profesionales de medicina, enfermería, farmacia y ingenieros. El proyecto fue impulsado por la Unidad de Calidad y Seguridad de la Gerencia de APyC, en colaboración con la Unidad de Farmacia y profesionales del equipo de las TIC.

- **Características tecnológicas:** Cuenta con una plataforma web responsive accesible desde cualquier dispositivo, con un sistema de búsqueda inteligente, fichas técnicas completas, calculadoras integradas y guías detalladas de preparación de medicamentos. Dispone además de una API REST robusta, basada en arquitectura RESTful y autenticación segura mediante Laravel Sanctum, que permite integrarse con otras plataformas a través de un formato estructurado en JSON y optimización mediante caché. La aplicación móvil híbrida, desarrollada en Ionic, permite el acceso a la información incluso en modo offline, gracias al almacenamiento local y a la sincronización automática de datos. <https://play.google.com/store/apps/details?id=cat.gencat.ics.infofarma> e [InfoFarma en App Store](#)

- **Contenidos validados:** Información clínica y farmacológica revisada por farmacólogos, farmacéuticos clínicos y médicos de medicina familiar y comunitaria del ICS Camp de Tarragona, procedente de fuentes oficiales (ficha técnica oficial, Micromedex, UptoDate, protocolos y procedimientos normalizados de trabajo territoriales).

- **Acceso rápido e intuitivo:** Buscador por principio activo o nombre comercial de 114 medicamentos, clasificados por su uso en población adulta (112) y pediátrica (81) y por kits predefinidos (código IAM, código ictus, reanimación cardiopulmonar, shock anafiláctico, alergia grave, bomba de final de vida, parto precipitado y paciente agitado). Acceso rápido a un total de 35 calculadoras de dosis y volumen a partir del peso del paciente para los medicamentos pediátricos.

- Información disponible:

- o Indicaciones autorizadas o contempladas en los protocolos o procedimientos normalizados de trabajo territoriales y corporativos, y contraindicaciones.

- o Dosificación habitual y según las características de los pacientes (edad avanzada, insuficiencia renal o hepática,).

- o Vías de administración. Identificación visual de las vías de administración autorizadas para y de las vías de administración que no se deben contemplar para cada medicamento.
- o Preparación. Aspectos a considerar en la reconstitución de los medicamentos de uso parenteral.
- o Compatibilidades. Para medicamentos de uso parenteral, posibilidad de administración simultánea de diversos medicamentos en el mismo dispositivo de infusión.
- o Precauciones. Aspectos controlables a considerar para disminuir el riesgo de efectos adversos. o Efectos adversos frecuentes y graves a considerar de acuerdo a las condiciones en que se utilizan los medicamentos en las urgencias de atención primaria. o Interacciones más relevantes y advertencias especiales. o Condiciones de conservación y seguridad. Identificación visual con un distintivo específico para los medicamentos fotosensibles, termolábiles, estupefacientes, psicótrópos y considerados de alto riesgo.
- o Observaciones específicas del medicamento. Aspectos no contemplados en los apartados anteriores en relación al propio medicamento o a la preparación del paciente.

4.2.2 Estrategias de implementación de InfoFarma

- Formación mediante sesiones clínicas.
- Ponencia en la II Jornada de Qualitat i Seguretat dels Pacients del Camp de Tarragona (Anexo 1.2. Programa; Anexo 1.2. Presentación InfoFarma)
- Difusión en la Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente de la Gerencia de Atención Primaria y Comunitaria, en la que están representados los 26 centros del territorio. Cada centro cuenta con un Responsable de Calidad y Seguridad del Paciente, encargado de trasladar y adaptar la información al conjunto de profesionales de su equipo, garantizando así la implementación y el seguimiento de las acciones en el ámbito local.

- Integración en la aplicación en el portal de aplicaciones clínicas que disponen los profesionales para la gestión clínica <https://wsm.ics.gencat.cat/infofarma/>
- Campañas de sensibilización internas mediante difusión en la intranet corporativa como una buena práctica.
- Campañas de sensibilización externas mediante “ICSfluencer”. Esta iniciativa del Institut Català de la Salut busca visibilizar y compartir experiencias innovadoras impulsadas por profesionales del sistema sanitario público catalán. En el marco del proyecto InfoFarma, esta campaña ha permitido difundir la herramienta como una buena práctica de seguridad del paciente mediante testimonios en primera persona, vídeos breves y publicaciones en redes sociales institucionales. El programa busca generar una red de referentes clínicos que inspiran a otros profesionales, fomentando el aprendizaje entre iguales y el reconocimiento del conocimiento aplicado desde la práctica asistencial. Innovació tecnològica: clau per a la seguretat dels pacients.

Impacto

Desde su lanzamiento en 2025, InfoFarma ha generado un impacto significativo tanto a nivel profesional como organizativo y comunicativo en la Atención Primaria y Comunitaria del ICS Camp de Tarragona. La herramienta se ha implementado en los 26 centros del territorio, donde prestan asistencia más de 1.500 profesionales, facilitando el acceso rápido, homogéneo y estructurado a la información crítica de 114 medicamentos de uso en urgencias, incluyendo 35 calculadoras de dosis pediátricas. Aunque de reciente creación, se ha consolidado como un recurso clínico clave en situaciones de alta complejidad, contribuyendo a reducir la variabilidad, reforzar la toma de decisiones seguras y mejorar la cultura de seguridad en los equipos. Ha sido presentada como buena práctica en jornadas científicas y se ha integrado en el portal corporativo de aplicaciones clínicas. Además, ha tenido un impacto mediático destacable, con más de 15.693 visualizaciones en redes y canales institucionales (Instagram, X, LinkedIn y YouTube), contribuyendo a visibilizar el compromiso de la organización con la seguridad del paciente y posicionando InfoFarma como una herramienta innovadora, eficaz y transferible a otros entornos asistenciales. <https://www.youtube.com/watch?v=H6CpbHGI2jQ>

Transferibilidad

InfoFarma es una herramienta tecnológica fácilmente transferible a otros territorios, centros asistenciales o servicios de salud, gracias a su diseño modular, escalable y adaptable. Desarrollada a partir de estándares clínicos y fuentes oficiales, puede integrarse con mínimos ajustes en sistemas sanitarios con estructuras similares. Su implementación demuestra que, mediante el análisis riguroso de incidentes y el trabajo multidisciplinar, es posible crear barreras de seguridad eficaces que mejoran la práctica clínica. Es accesible desde múltiples dispositivos (web, intranet y móvil), lo que facilita su integración en la práctica diaria. Su origen en la experiencia real de los profesionales y en el análisis de eventos adversos centinela garantiza su aplicabilidad en contextos donde la seguridad del paciente es prioritaria. La difusión a través del programa ICSfluencer ha potenciado su visibilidad, reconocimiento profesional y capacidad de replicabilidad, reforzando su alineación con las estrategias institucionales de mejora continua y cultura de seguridad del paciente.

LA RIOJA

Experiencia 14. “De los Datos a la Acción: Mejorando la Seguridad del Paciente con Rondas WalkRounds y Mapas de Riesgos”

Autores y colaboradores: *Pedro Diaz de Cerio Canduela, Jose Javier Gay-Pobes Garcia, Silvia Vaquero Galán.*

Justificación

La seguridad del paciente es una prioridad ineludible en la atención sanitaria. La experiencia que presentamos se centra en la utilización de datos provenientes del Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) para optimizar las rondas de seguridad (WalkRounds) y los mapas de riesgos. El objetivo principal es demostrar cómo la información recopilada puede transformarse en acciones concretas que mejoren la seguridad del paciente.

El análisis de la situación que realizamos a través del informe de SiNASP 2024, revela áreas críticas que requieren atención inmediata, como la alta incidencia de incidentes en unidades de hospitalización y urgencias. Los errores de medicación, los problemas de comunicación y la fatiga del personal son factores contribuyentes significativos.

La experiencia que presentamos demuestra el valor de utilizar los datos del SiNASP para mejorar la seguridad del paciente. Al transformar la información en acciones concretas, como la adaptación de rondas de seguridad y la actualización de mapas de riesgos, es posible reducir la incidencia de eventos adversos y fortalecer la cultura de seguridad en el entorno hospitalario.

Contenido de la experiencia

La Atención Basada en Valor (ABV) es un enfoque que mide la relación entre los resultados en salud que realmente importan al paciente y el coste total de los recursos utilizados para lograrlos. Este modelo de prestación de servicios sanitarios busca maximizar la eficiencia y calidad asistencial a través de la colaboración de todos los profesionales involucrados en el proceso de atención, desde médicos y enfermeras hasta profesionales de farmacia, rehabilitación, y otros ámbitos clave.

En este contexto, la integración de herramientas de gestión y análisis de datos permite identificar riesgos, optimizar procesos y reducir eventos adversos, contribuyendo a una asistencia más segura y eficiente. La implementación de estrategias como los mapas de riesgos, Rondas de Seguridad /WalkRounds y la evaluación de indicadores clave facilita la detección temprana de áreas de mejora, fortaleciendo la continuidad asistencial y promoviendo un enfoque centrado en el paciente.

El presente análisis tiene como objetivo evaluar el impacto de la ABV en la seguridad del paciente a través del uso de herramientas de gestión del riesgo, demostrando cómo un abordaje interdisciplinario y basado en datos puede mejorar los resultados en salud y la sostenibilidad del sistema sanitario y mejorar la cultura de Seguridad del Paciente.

Objetivos

- General: Optimizar la seguridad del paciente a través del análisis sistemático de datos obtenidos mediante herramientas de gestión de riesgos, transformando la información en estrategias de mejora efectiva dentro de la organización sanitaria.
- Específicos:
 - Identificar y analizar riesgos asistenciales mediante la recopilación estructurada de datos obtenidos en SiNASP, WalkRounds y Mapas de Riesgos.
 - Fortalecer la cultura de seguridad en los equipos asistenciales promoviendo la comunicación proactiva y la detección temprana de fallos latentes en los procesos clínicos.
 - Mejorar la respuesta ante eventos adversos y situaciones de riesgo, implementando acciones correctivas y preventivas basadas en evidencia y en la experiencia de los profesionales de salud.
 - Evaluar el impacto de la información obtenida a través de estas herramientas en la reducción de eventos adversos y en la mejora de la calidad asistencial.
 - Desarrollar indicadores clave de seguridad que permitan medir la evolución y efectividad de las acciones implementadas.
 - Fomentar el trabajo interdisciplinario en la gestión de riesgos, involucrando a todos los profesionales sanitarios en la mejora continua de la seguridad del paciente.

Metodología y desarrollo

Este proyecto se fundamenta en un análisis retrospectivo, de notificaciones registradas en el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) durante el período de enero a diciembre de 2024.

La metodología utilizada se estructura en las siguientes fases:

1. **Análisis de Notificaciones:** Se revisaron 140 notificaciones en (SiNASP), clasificándolas según su área de ocurrencia, profesión del notificante, nivel de riesgo (SAC) y gravedad de las consecuencias, tipo de incidentes.
2. **Diseño del Mapa de Riesgos:** Se establecieron las categorías de riesgo prioritarias:
 - Identidad del paciente.
 - Comunicación efectiva en la continuidad asistencial.
 - Administración segura de medicación de alto riesgo.
 - Prevención y control de infecciones nosocomiales.
 - Prevención de caídas en pacientes vulnerables.
 - Seguridad en procesos quirúrgicos.
3. **Implementación de Rondas de Seguridad (WalkRounds):** Se llevaron a cabo visitas estructuradas en las unidades con mayor incidencia de eventos adversos, con el objetivo de identificar riesgos y aplicar mejoras.
4. **Acciones Correctivas y Seguimiento:** Se propusieron medidas para mitigar los riesgos identificados, incluyendo protocolos de alertas para pacientes alérgicos, mejora en la comunicación asistencial, capacitación del personal y optimización de sistemas electrónicos de prescripción y notificación.

Informe Anual de Notificaciones del SiNASP– Periodo Enero a diciembre de 2024

El Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) tiene como objetivo principal identificar, analizar y prevenir incidentes en el ámbito sanitario para garantizar la seguridad del paciente. Este informe resume los datos recopilados durante el año 2024 en los hospitales y en la atención primaria del área sanitaria de La Rioja, analizando un total de 140 notificaciones registradas (121 en hospitales y 19 en atención primaria) para identificar riesgos, evaluar tendencias y proponer acciones correctivas y de mejora.

Adicionalmente, este informe incluye datos provenientes de los hospitales HdC y otro centro adicional en La Rioja, permitiendo una visión más integral del panorama de incidentes en la región.

Análisis de Datos

Área Hospitalaria (Figura 1)

- Clasificación de incidentes según el área donde ocurrieron:

Las unidades de hospitalización registraron el mayor porcentaje de incidentes (34.7%), seguidas por urgencias (24.0%) y el hospital de día (13.2%).

Áreas como consultas externas y servicios de apoyo tuvieron una incidencia menor (<6%).

- Unidades de hospitalización: 34.7% (42 incidentes)
- Urgencias: 24.0% (29 incidentes)
- Hospital de día: 13.2% (16 incidentes)
- Bloque quirúrgico: 8.3% (10 incidentes)
- Unidades de cuidados intensivos: 6.6% (8 incidentes)
- Servicios centrales: 6.6% (8 incidentes)
- Consultas externas: 5.0% (6 incidentes)
- Servicios de apoyo / Otros: 1.7% (2 incidentes)
- Clasificación por profesión del notificante:
 - Enfermeras: 49.6%
 - Médicos: 42.1%
 - Otras profesiones sanitarias: <3%
- Clasificación según el Nivel de Riesgo del Incidente (SAC):
 - Riesgo extremo: 0.8% (1 incidente)
 - Riesgo alto: 11.6% (14 incidentes)
 - Riesgo moderado y bajo: 47.9% combinados
 - Sin clasificación SAC: 39.7%
- Gravedad de las consecuencias:
 - El 60.3% de los incidentes llegaron al paciente.
 - Un 37.0% de los casos con daño tuvieron consecuencias que variaron desde daño temporal hasta complicaciones permanentes o fatales.
- Factores contribuyentes:
 - Factores profesionales: 44.6% (formación insuficiente: 30.6%; fatiga: 14.9%).
 - Factores organizacionales: 36.4% (recursos humanos insuficientes: 18.2%; protocolos inadecuados: 19.8%).
 - Entorno de trabajo: 33.1%.

Hospital HDC

- Clasificación de incidentes según el área donde ocurrieron:
 - Urgencias y bloque quirúrgico reportaron cada uno el 50% de los incidentes notificados.
- Clasificación por profesión del notificante:
 - Enfermeras notificaron el 66.7% de los incidentes, mientras que los médicos notificaron el 33.3%.
- Clasificación según el Nivel de Riesgo del Incidente SAC:
 - Riesgo moderado: 16.7%.
 - Riesgo bajo: 33.3%.
 - No clasificados: 50%.
- Factores contribuyentes:
 - Factores profesionales (83.3%), incluyendo formación insuficiente (66.7%) y fatiga (16.7%).
 - Factores organizacionales (33.3%).

Hospital Provincial

- Clasificación de incidentes según el área donde ocurrieron:
 - Servicios de apoyo concentraron el 100% de los incidentes notificados.
- Clasificación por profesión del notificante:
 - Fisioterapeutas notificaron el 100% de los incidentes.
- Clasificación según el Nivel de Riesgo del Incidente SAC:
 - Riesgo bajo: 50%.
 - No clasificados: 50%.

Área de Atención Primaria

- Clasificación de incidentes según el área donde ocurrieron:
 - Consultas: 21.1% (4 incidentes)
 - Atención telemática: 5.3% (1 incidente)
 - Área de administración/información: 5.3% (1 incidente)
 - Atención continuada/urgencias/SUAP: 15.8% (3 incidentes)
 - Laboratorio: 15.8% (3 incidentes)
 - Otros lugares fuera del centro: 36.8% (7 incidentes)
- Clasificación por profesión del notificante:
 - Enfermeras: 78.9% (15 incidentes)
 - Médicos: 10.5% (2 incidentes)
 - Otros: 10.5% (2 incidentes)

- Clasificación según el Nivel de Riesgo del Incidente (SAC):
 - Riesgo extremo (SAC1): 5.3% (1 incidente)
 - Riesgo alto (SAC2): 5.3% (1 incidente)
 - Riesgo moderado (SAC3): 10.5% (2 incidentes)
 - Riesgo bajo (SAC4): 26.3% (5 incidentes)
 - No clasificados: 52.6% (10 incidentes)

- Gravedad de las consecuencias:
 - Incidentes que llegaron al paciente: 47.4% (9 incidentes), de los cuales:
 - 26.3% no causaron daño.
 - 10.5% causaron daño menor.
 - 5.3% causaron daño moderado.
 - 5.3% tuvieron consecuencias catastróficas.

- Factores contribuyentes:
 - Factores profesionales: 47.4% (problemas de formación/conocimiento: 21.1%; comunicación: 26.3%).
 - Entorno de trabajo: 26.3%.
 - Factores organizativos: 47.4% (inadecuación de protocolos: 31.6%; cultura organizacional: 15.8%).
 - Factores relacionados con el paciente: 15.8%.

Identificación de Riesgos de Alto Nivel.

De los incidentes clasificados como SAC2 (riesgo alto) y SAC1 (riesgo extremo), los principales riesgos identificados incluyen:

- Errores de medicación: Dosis incorrectas y omisiones destacaron entre las notificaciones.
- Problemas de comunicación: Especialmente durante la transferencia de pacientes y la transmisión de órdenes verbales.
- Fatiga y sobrecarga de trabajo: Con un impacto notable en los errores profesionales

Riesgos de Alto Nivel y Acciones Correctivas

1. Incidentes con Consecuencias Graves

- **Situación:** 3 incidentes comprometieron la vida del paciente y 1 contribuyó o causó la muerte.
- **Acción correctiva:** Implementar un sistema de análisis causa-raíz y establecer un comité de revisión de casos graves.

2. Errores de Medicación

- **Situación:** Representaron el 14.2% del total.
- **Acción correctiva:** Reforzar el sistema de prescripción electrónica y mejorar la formación del personal.

3. Problemas de Comunicación

- **Situación:** 14.2% de los incidentes estuvieron relacionados con problemas de comunicación.
- **Acción correctiva:** Implementar la técnica SBAR (situación, antecedentes, valoración, recomendaciones) para estandarizar la comunicación entre profesionales.

Conclusiones

El análisis de las notificaciones SINASP de 2024 en el área de hospitales y atención primaria de La Rioja revela áreas críticas que requieren atención inmediata. La alta incidencia en unidades de hospitalización, urgencias y consultas en atención primaria, junto con los eventos graves reportados, subraya la necesidad de fortalecer la cultura de seguridad y mejorar los procesos en estas áreas.

Es fundamental abordar los factores contribuyentes más frecuentes, como los relacionados con los profesionales y la organización, mediante programas de formación continua y revisión de protocolos. La implementación de las acciones correctivas propuestas, junto con un seguimiento riguroso de su efectividad, será clave para reducir la incidencia de eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente en el próximo año.

La participación activa del personal en la notificación de incidentes es encomiable y debe ser reforzada. Se recomienda establecer un sistema de feedback que informe a los notificantes sobre las medidas tomadas a raíz de sus reportes, fomentando así la cultura de seguridad y la mejora continua en la atención sanitaria.

Una vez analizada la situación, se trabajó en el diseño de un Mapa de Riesgos con el objetivo de identificar, clasificar y priorizar los riesgos asociados al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP). Este proceso se llevó a cabo mediante un enfoque estructurado, considerando los principales factores que influyen en la seguridad del paciente y los eventos adversos notificados.

Mapa de Riesgos en Seguridad del paciente. (Figura 4)

El presente mapa de riesgos tiene como finalidad identificar y mitigar los riesgos que comprometen la seguridad del paciente en la atención sanitaria. Su aplicación busca reducir eventos adversos y mejorar la calidad asistencial a través de medidas de control y seguimiento.

1. Identificación Correcta del Paciente

Riesgos:

- Error en la identificación del paciente (falta de verificación).
- Confusión entre pacientes con nombres similares.
- Falta de validación de la identidad en momentos críticos.
- Error en la identificación de pacientes debido a barreras idiomáticas o cognitivas.

Impacto:

- Procedimientos erróneos o administración de medicación inadecuada.
- Aumento de eventos adversos o complicaciones.

Medidas de Mitigación:

- Implementación de doble verificación (pulseras identificativas, códigos de barras).
- Capacitación continua del personal sobre protocolos de identificación segura.
- Auditorías periódicas de los procesos de identificación.
- Uso de traducción asistida o lenguaje de señas en pacientes con barreras idiomáticas.

Indicadores y Objetivo:

- **% de incidentes relacionados con errores en la identificación: <4%**

2. Comunicación Efectiva

Riesgos:

- Fallos en la comunicación entre equipos de salud.
- Errores en la transmisión de información clave.
- Mal uso de tecnologías de comunicación.
- Información clínica fragmentada debido a múltiples sistemas no integrados

Impacto:

- Diagnósticos incorrectos o demoras en el tratamiento.
- Eventos adversos debido a información incompleta o incorrectas.

Medidas de Mitigación:

- Establecer protocolos claros de comunicación verbal y escrita.
- Uso de herramientas electrónicas seguras y estandarizadas.
- Revisión periódica de procesos de transferencia de información.
- Integración de datos clínicos en un sistema único.

Indicadores y Objetivo:

- **Tasa de incidentes a consecuencia de la comunicación inefectiva:** <5%

3. Seguridad en la Administración de Medicamentos

Riesgos:

- Error en la administración de medicamentos de alto riesgo.
- Administración de medicamentos con apariencia similar.
- Error en la dosificación y en la concentración de los medicamentos.

Impacto:

- Efectos adversos graves, reacciones alérgicas y complicaciones.

Medidas de Mitigación:

- Implementar listas de verificación y protocolos de seguridad en la medicación.
- Capacitación en la administración de medicamentos de alto riesgo.
- Implementación de un sistema de alertas en la prescripción electrónica o códigos visuales.

Indicadores y Objetivo:

- **Tasa de incidentes interceptados antes de la administración:** >90%

4. Garantizar la Cirugía Segura

Riesgos:

- Procedimientos realizados en el paciente incorrecto.
- Error en la localización de la zona quirúrgica.
- Falta de cumplimiento de los protocolos de "cirugía segura".

Impacto:

- Cirugías innecesarias o incorrectas que ponen en riesgo la salud del paciente.

Medidas de Mitigación:

- Implementar un proceso para la verificación prequirúrgica.

- Marcado quirúrgico inequívoco y reconocible.
- Aplicación del protocolo de "pausa quirúrgica" antes de la intervención.

Indicadores y Objetivo:

- **% de cirugías programadas con verificación completa: >90%**

5. Prevención de Infecciones Nosocomiales

Riesgos:

- Falta de cumplimiento de protocolos de higiene de manos.
- Condiciones inadecuadas de los entornos clínicos.
- Deficiencias en el manejo de equipos y material estéril.

Impacto:

- Infecciones nosocomiales graves, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costos.

Medidas de Mitigación:

- Implementación de programas de higiene de manos.
- Aplicación de "paquetes de atención" en áreas críticas.
- Estrategias de vigilancia epidemiológica activa.

Indicadores y Objetivo:

- **% de cumplimiento en higiene de manos en áreas prioritarias: 100%**

5. Prevención de Caídas

Riesgos:

- Falta de identificación de pacientes en riesgo de caída.
- Ambientes hospitalarios peligrosos (superficies resbaladizas, mobiliario inadecuado).
- Falta de supervisión en áreas de alto riesgo

Impacto:

- Lesiones graves como fracturas, afectando la recuperación y la calidad de vida del paciente.

Medidas de Mitigación:

- Implementar escalas de evaluación de riesgo de caídas.
- Asegurar que los entornos estén libres de obstáculos y riesgos.
- Capacitación del personal en estrategias de prevención.

Indicadores y Objetivo:

- **Tasa de incidencia de caídas intrahospitalarias:** <4%

Rondas de Seguridad /WalkRounds

Las rondas de seguridad WalkRounds (o Walkrounds) son una herramienta proactiva de mejora en la calidad y seguridad del paciente. Estas rondas consisten en visitas estructuradas a las distintas áreas asistenciales, con el objetivo de identificar riesgos para la seguridad del paciente, fomentar una cultura de seguridad y fortalecer la comunicación entre los equipos asistenciales y los gestores.

Objetivos principales de las WalkRounds

1. **Identificación de riesgos:** Visualizar y conocer posibles fallos o situaciones inseguras en los procesos asistenciales.
2. **Mejora continua:** Proponer y realizar acciones de mejora o acciones preventivas basadas en las observaciones y el feedback obtenido.
3. **Fomentar la comunicación:** Crear un espacio seguro para que los profesionales puedan compartir sus preocupaciones y sugerencias.
4. **Fortalecer la cultura de seguridad:** Reforzar el compromiso del liderazgo con la seguridad del paciente y demostrarlo de manera visible.

Cómo realizar una WalkRound

1. **Planificación previa:**
 - Definir el objetivo de la ronda.
 - Seleccionar las áreas a visitar y los participantes clave (ej. responsables de unidad, enfermería, médicos, etc.).
 - Preparar una lista de preguntas abiertas o temas a tratar (ej. incidentes recientes, barreras en la atención, implantación de mejoras, etc.).
2. **Ejecución de la ronda:**
 - Los responsables de Calidad visitan las áreas seleccionadas.
 - Escuchar activamente a los profesionales y tomar nota de sus preocupaciones o sugerencias.
 - Fomentar la participación activa y asegurar un ambiente libre de juicios.
3. **Recogida de información:**
 - Registrar las observaciones, preocupaciones y buenas prácticas detectadas.
 - Identificar patrones o problemas recurrentes
4. **Análisis y priorización:**
 - Revisar y clasificar los riesgos identificados.

- Definir prioridades y establecer un plan de acción.

5. Retroalimentación y seguimiento:

- Comunicar a los equipos los resultados de la ronda.
- Implementar las acciones correctivas necesarias y dar seguimiento a los compromisos adquiridos.
- Evaluar el impacto de las medidas implementadas en futuras rondas.

Beneficios

- Mejorar la detección temprana de riesgos.
- Promover la participación y el compromiso de los profesionales.
- Favorecer un entorno de trabajo más seguro y colaborativo.
- Incrementar la confianza en el sistema de gestión de la seguridad del paciente.

Cronograma de Rondas de Seguridad WALKROUND.

El cronograma de rondas de seguridad (*Walkrounds*) está diseñado con la siguiente estructura:

1. **Mes y Áreas Evaluadas:** Cada mes se asignan rondas de seguridad en distintas unidades o centros de salud.
2. **Fecha Tentativa:** Se establece una fecha específica para la realización de la ronda.
3. **Enfoque Principal:** Se detallan los principales riesgos de seguridad del paciente a evaluar en cada ronda, organizados en categorías como:
 - Identificación correcta de pacientes.
 - Mejora en la comunicación efectiva.
 - Seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo.
 - Cirugía segura.
 - Prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
 - Prevención de caídas y otros daños al paciente.
4. **Riesgos Identificados:** Se describen problemas específicos detectados en cada área.
5. **Informes y Acciones de Mejora:** Se documentan los informes generados tras la ronda y se proponen acciones de mejora, incluyendo protocolos y medidas correctivas.
6. **Seguimiento:** Se deja espacio para el monitoreo y evaluación de la implementación de las mejoras propuestas.

En general, el cronograma busca estructurar y planificar la evaluación de riesgos en seguridad del paciente mediante un enfoque sistemático y basado en áreas clave. Fig.5, Fig.6

Resultados

Los principales riesgos identificados en las Notificaciones de SiNASP incluyen:

27,57% Gestión organizativa.

14,2% Identidad del paciente.

14.2% Comunicación efectiva en la continuidad asistencial.

14.2% Administración segura de medicación de alto riesgo.

2.4% Procedimientos terapéuticos.

2.8% Prevención de caídas en pacientes vulnerables.

2.14% Seguridad en procesos quirúrgicos

Tras la realización de las Rondas de Seguridad en cuatro áreas de la institución, se identificaron una serie de acciones de mejora clave para fortalecer la seguridad del paciente y optimizar la calidad asistencial.

ACCIONES DE MEJORAS PLANTEADAS.

Centro de Salud Urbano

1. Mejorar la identificación de los pacientes y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales.
2. Mejorar el registro de alergias e intolerancias en la Historia Clínica de Atención Primaria.
3. Garantizar la notificación de cambios de tratamiento en los informes de revisión de especializada.

Unidad de Urgencias Hospitalarias

1. Establecer un circuito de atención específico para pacientes psiquiátricos.
2. Implementar alertas automáticas en la historia clínica para parámetros críticos en analíticas.
3. Reforzar la formación del personal de nueva incorporación en la administración de medicación de alto riesgo.
4. Implementar el protocolo de Código Sepsis (Quick SOFA).
5. Diseñar infografías con información relevante para los pacientes con el fin de reducir interrupciones durante la administración de medicación.
6. Incorporar un código identificativo en las pulseras de identificación para pacientes alérgicos (color amarillo). *(Figura 3)*

7. Mejorar el registro de triaje en la Historia Clínica Selene, incluyendo alertas automáticas para reevaluaciones según la clasificación del triaje.

Unidad de Medicina Interna

1. Protocolizar la verificación obligatoria en todos los traslados y procedimientos.
2. Fomentar sesiones clínicas conjuntas dentro de la unidad.
3. Establecer sistemas de comunicación efectivos entre equipos y especialidades con directrices claras.
4. Desarrollar protocolos de acogida para nuevos profesionales, resaltando los puntos críticos de la unidad.
5. Fortalecer la formación en administración y mantenimiento de medicación.
6. Aplicar sistemas de control de flujo en la administración de medicación de riesgo y en pacientes críticos.
7. Optimizar la comunicación para la necesidad de aislamientos.
8. Incorporar el Proyecto Flebitis Zero en las sesiones de formación clínica.
9. Implementar el registro sistemático de la valoración del riesgo de caídas.

Centro de Alta Resolución de Procesos Asistenciales

1. Reforzar las medidas estructurales para mejorar la seguridad del centro. (Barandillas en escaleras al acceso del centro).
2. Introducir un sistema de ticket único que incluya todas las citas del mismo proceso (consulta, laboratorio, RX).
3. Aplicar un sistema de feed-back en la llamada de aviso para acudir a una consulta mediante un Check-List, coordinado con los profesionales asistenciales para evitar una inadecuada preparación de los pacientes.
4. Garantizar una diferenciación clara de medicamentos y establecer protocolos de administración más rigurosos.
5. Implementar el Proyecto Cirugía Segura adaptado a los procesos quirúrgicos.
6. Desarrollar herramientas digitales que mejoren la seguridad prequirúrgica, permitiendo cambios en la programación en tiempo real.

CONCLUSIONES

Con la implementación de un Mapa de Riesgo esperamos conseguir:

1. **Reducción de eventos adversos:**

La implementación del mapa de riesgos y las rondas de seguridad están contribuyendo significativamente a la disminución de incidentes en las unidades con mayor incidencia de notificaciones.

2. Impacto en la seguridad del paciente:

La aplicación de estrategias de gestión del riesgo esperamos que permita mejorar la identificación del paciente, prevenir errores de medicación y reducir las complicaciones derivadas de la falta de comunicación efectiva.

3. Optimización de los recursos:

La detección temprana de riesgos permitirá mejorar la gestión de recursos humanos y materiales, optimizando los procesos asistenciales.

4. Resultados de Salud en los Pacientes:

Los resultados están demostrando, no solo mejoría en la seguridad y la calidad asistencial, sino que también aporta valor a la atención sanitaria al reducir costos derivados de eventos adversos evitables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arias Constantí, V., Rife Escudero, E., Trenchs Sainz de la Maza, V., Blanco González, J. M., & Luaces Cubells, C. (2021). Diseño de un mapa de riesgos en un servicio de urgencias pediátrico. *Anales de Pediatría (Barc)*, 95(5), 345-351. <https://www.analesdepediatria.org/es-diseno-un-mapa-riesgos-un-articulo-S169540332100134X>
2. Berwick, D. M., Loehrer, S., & Gunther-Murphy, C. (2017). Breaking the rules for better care. *JAMA*, 318(24), 2471-2472. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.16378>
3. Consejería de Salud y Consumo. (2020). *Metodología para la elaboración de mapas de riesgos*. Junta de Andalucía. https://www.seguridadpaciente.es/wpcontent/uploads/2020/11/ESSPA_Mapas_de_riesgos_2020_11_17_Def.pdf
4. Garzón González, G., Parra Ramírez, L. M., Alcázar González, M. L., & Barberá Martín, A. (2023). Rondas de seguridad: ¿mejoran la cultura de seguridad del paciente en profesionales asistenciales y directivos? Estudio transversal en Atención Primaria. *Journal of Healthcare Quality Research*, 38(6), 333-339. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10470181>
5. Ministerio de Sanidad. (2022). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. Ministerio de Sanidad. Disponible en www.sanidad.gob.es

6. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. (2018). *Estrategia de Seguridad del Paciente 2020*. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza.
7. Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50-70.
8. Pronovost, P. J., Ravitz, A. D., Stoll, R. A., & Kennedy, S. J. (2018). Transforming patient safety: A sector-wide systems approach. *Annual Review of Public Health*, 39, 419-432. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013638>
9. Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer healthcare: Strategies for the real world*. Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-25559-0>
10. World Health Organization. (2017). *Patient safety: Making health care safer*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512067>

Transferibilidad

La Atención Basada en Valor (ABV) a través de datos y la gestión de riesgos en seguridad del paciente son estrategias aplicables a diversos entornos sanitarios. La implementación de herramientas como SiNASP, mapas de riesgos y WalkRounds permite identificar áreas críticas y optimizar procesos, mejorando la calidad asistencial. Esta experiencia es transferible a otras organizaciones de salud mediante un enfoque estructurado que combine análisis de datos, trabajo interdisciplinario y cultura de seguridad.

El uso de indicadores clave facilita la adaptación de estas estrategias a diferentes niveles asistenciales, promoviendo una toma de decisiones basada en evidencia. Además, la integración de tecnologías para la notificación de incidentes y la estandarización de protocolos mejora la prevención de eventos adversos en cualquier contexto sanitario.

Este modelo puede replicarse en hospitales, atención primaria y centros socio sanitarios, fomentando un aprendizaje organizacional continuo y garantizando la seguridad del paciente como pilar central de la atención.

Datos Área Hospitalaria

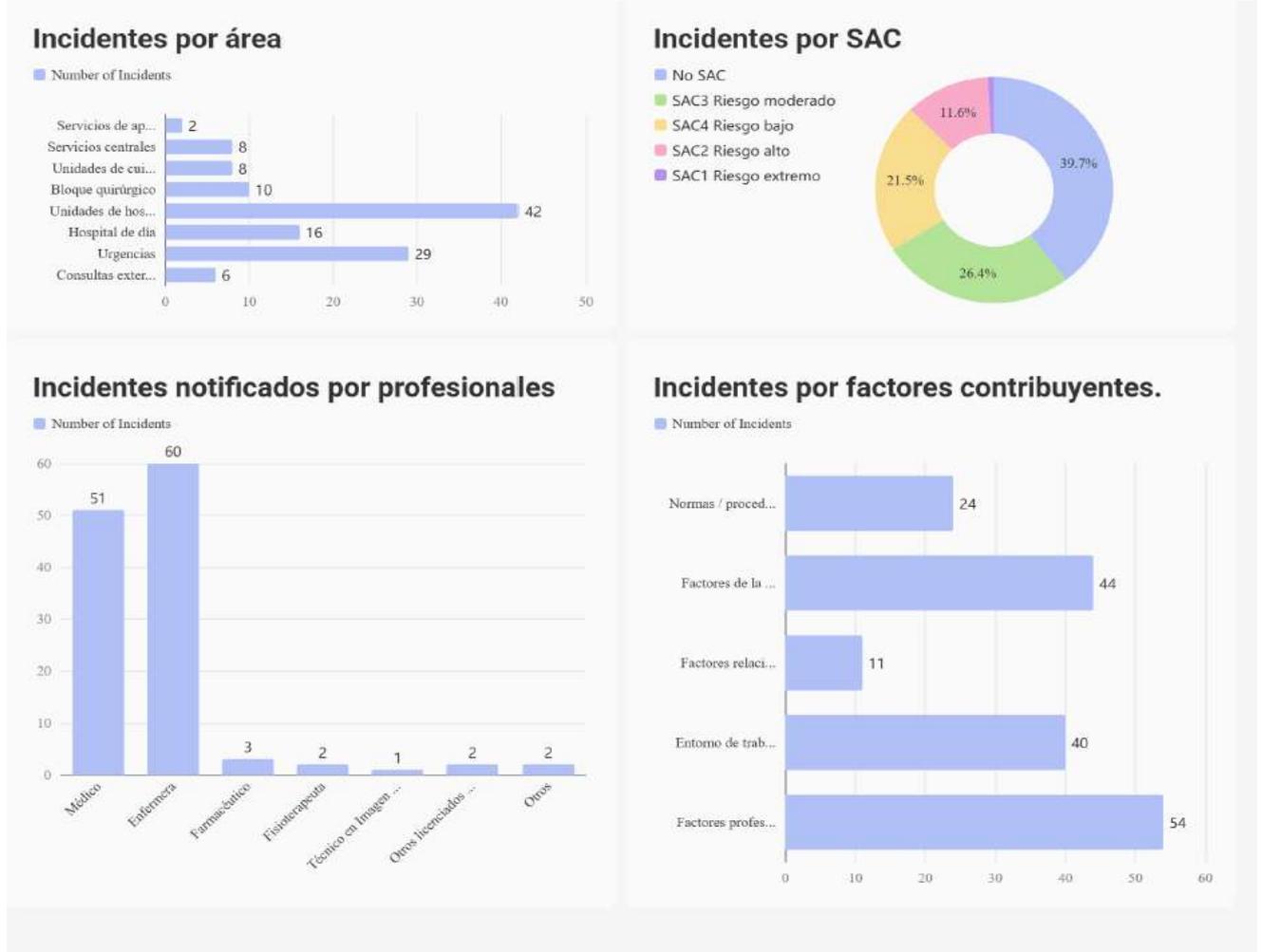


Figura.1

Mapa de Riesgos.

MAPA DE RIESGOS						
Objetivo de Seguridad del Paciente	Riesgos	Impacto	Mitigación	Elementos Medibles.	Indicadores.	Objetivo
1. Identificación Correcta del Paciente						
2. Comunicación Efectiva						
3. Mejorar la Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo						
4. Garantizar la Cirugía Segura						
5. Minimizar Riesgos de Infecciones Asociadas a la Atención						
6. Minimizar Riesgo de Daño por Caídas						

Figura.2

Proyecto Código Alerta Pacientes Alérgicos.

ALERTA PARA PACIENTES ALÉRGICOS

UN PROTOCOLO DE SEGURIDAD PARA PREVENIR REACCIONES ADVERSAS ANTE ALERGIAS.

1. IDENTIFICACIÓN SEGURA

- ✓ Enfermería verifica la alergia en la valoración inicial al paciente.
- ✓ Se coloca un **punto amarillo** como código de alerta.



- ✓ Se anota en la historia clínica si no está registrada.

2. REGISTRO, PRESCRIPCIÓN Y ADMINISTRACIÓN SEGURA

- ✓ Antes de prescribir, se revisa la alerta en el historia clínica
- ✓ Antes de administrar medicación, se revisa la alerta en la historia clínica.

3. EDUCACIÓN Y SEGURIDAD

- ✓ El paciente debe comunicar su alergia en futuras atenciones.
- ✓ Todo el equipo sanitario debe conocer y aplicar el protocolo.

¡Identificar y registrar a tiempo salva vidas!

Figura.3

Experiencia 15. “Buscando oportunidades de mejora en ámbito socio sanitario. Haciendo visible lo intangible”

Autores y colaboradores: *Maria Victoria Musitu Pérez, Begoña Ganuza Bernaola, Eduardo Garoe Fernández García, Maria Cristina Pascual Navajas.*

Justificación

El envejecimiento poblacional conlleva un aumento en la demanda de atención especializada para personas mayores institucionalizadas. Las residencias de personas mayores se han convertido en un recurso esencial para el cuidado de estos pacientes, quienes presentan múltiples patologías crónicas, dependencia funcional y un impacto emocional derivado de la institucionalización (OMS, 2022). La fragmentación del sistema sanitario y la sobrecarga de Atención Primaria dificultan la gestión efectiva de estos pacientes (González et al., 2020). Ante esta realidad, y teniendo en cuenta la premisa de que “Salud Cura y Servicios Sociales Cuida” el Servicio Riojano de Salud (SERIS) contempla como necesidad ser garante en ambos niveles y por ello ha desarrollado un Plan de Asistencia Sanitaria con el objetivo de mejorar la Coordinación

Interinstitucional, optimizar los recursos y garantizar un modelo de atención integral centrado en la persona (Servicio Riojano de Salud, 2024). El Proyecto Guindalera, desarrollado en Logroño, surge como una iniciativa clave en este proceso, quedando dentro del ámbito de dicho centro 8 residencias de personas mayores adscritas a dicha zona básica de salud. Dicho Proyecto se inició en mayo del 2024 y finalizó en diciembre del 2024. El resultado de dicho Proyecto Piloto fue positivo y en enero de 2025 se consolida como modo de trabajo para el resto del ámbito socio sanitario de toda La Rioja. En dicho Proyecto se contó un Equipo de Profesionales médicos y de enfermería referentes para los profesionales que trabajaban en dichas residencias aportando ayuda y soporte en todas las necesidades tanto de formación, recursos materiales, gestión de patologías, gestión de casos, consultas, derivaciones a hospitalaria, etc., siendo, además, eje entre dichas residencias y otros recursos como hospitalización a domicilio, paliativos y geriatría de enlace. Con el trabajo conjunto se buscaba garantizar la seguridad de estas personas mayores evitando en lo posible ingresos, asistencias a urgencias, etc. Con lo anteriormente comentado, además, nos pareció un objetivo estratégico que se pudiera conocer que incidentes de seguridad se estaban produciendo o con capacidad de producirse en estas residencias. Hasta que se inició el proyecto sólo se puede notificar en SINASP desde ámbito Atención Primaria y Atención Hospitalaria, con todos y cada uno de sus servicios, áreas o centros y por lo tanto no se contaba con datos del entorno socio sanitario. Por esta razón se definió el modo en el que, desde las residencias, sus profesionales pudieran notificar de forma voluntaria y anónima, diseñando para ello un formulario bajo “Google Forms” que fue validado por el servicio jurídico de SERIS.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Incluir notificaciones de seguridad del paciente en el ámbito socio sanitario y para personas mayores es fundamental para garantizar la calidad de la atención y reducir los riesgos asociados a la asistencia. En este contexto, las notificaciones de seguridad del paciente permiten identificar, reportar y gestionar los eventos adversos o incidentes que puedan poner en peligro la salud y el bienestar de las personas mayores, quienes suelen ser más vulnerables debido a comorbilidades y una mayor dependencia de los servicios de salud y cuidados. Los profesionales sanitarios pueden notificar incidentes al SiNASP por observación directa o por información indirecta.

En este caso sería el gestor de SINASP de Atención Primaria quien notificaría y registraría todo lo notificado en el formulario diseñado “Google Forms” desde las residencias.

INCIDENTE (I)	
Características del incidente	
Dónde ocurrió	
* Tipo de centro	Atención primaria
* Área principal en que ocurrieron los hechos	En una organización/lugar distinto al centro de Atención Primaria
Cuándo	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> (Seleccionar una opción) Domicilio del paciente Hospital Farmacia comunitaria En la calle Residencia Otros </div>
* Fecha en que ocurrió el incidente	dd/mm/aaaa
* Hora en que ocurrió el incidente	<input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche

Objetivos

- Mejorar la Seguridad de los Pacientes a través de la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
- Optimizar la respuesta sanitaria mediante la digitalización de comunicaciones y circuitos asistenciales.
- Evaluar la situación de cada centro residencial para identificar necesidades asistenciales y diseñar estrategias personalizadas que puedan minimizar los riesgos a dichas personas mayores.
- Apoyar y ser soporte transversal desde Atención Primaria, Geriatría de Enlace, Cuidados Paliativos y Hospitalización a Domicilio a Residencias mediante la creación de equipos multidisciplinares.
- Integrar de forma efectiva las residencias en los niveles descritos anteriormente garantizando un acceso equitativo a servicios diagnósticos, preventivos y terapéuticos.
- Implementar un sistema de monitorización de indicadores socio sanitarios para evaluar la efectividad de las intervenciones definidas (CMI).

Actuaciones realizadas

Se implementó un modelo de atención socio sanitaria en residencias de La Rioja, que garantizase la Seguridad de estas personas mayores, basado en los siguientes puntos:

- Desarrollo y definición de la Estrategia del Paciente Mayor Complejo 2024-2028 (finalizada en abril de 2025).

- Colaboración entre Atención Primaria, Hospitalización Domiciliaria (HAD), Cuidados Paliativos y Geriatría de Enlace.
- Establecimiento de protocolos específicos para ingreso directo en HAD, atención geriátrica especializada y cuidados paliativos en residencias (Servicio Riojano de Salud, 2024).
- Evaluación demográfica de cada residencia y su impacto en la carga asistencial de los profesionales de salud, así como conocer ratios y disponibilidad profesionales sanitarios (fundamentalmente médicos y enfermeras) en cada una de ellas.
- Análisis de actividad sanitaria en residencias mediante indicadores de calidad, con el uso del Cuadro de Mando Integral (CMI) como herramienta de seguimiento y análisis.
- Recopilación de datos sobre hospitalizaciones, derivaciones, polimedicación, caídas y satisfacción de pacientes y familiares mediante herramientas digitales y registros médicos y de enfermería.
- Implementación de estrategias de formación continuada para el personal de residencias en el manejo de pacientes crónicos y en los principios de la Atención Primaria (Santos et al., 2019).
- Desarrollo de redes de atención integradas que faciliten la conexión entre residencias y los servicios de salud.
- Uso de telemedicina y tecnologías de la información y comunicación (TIC) para optimizar el seguimiento de pacientes y facilitar consultas a distancia (sensores para diabetes, tecnología para detección de fragilidad y caídas a través de sensores, etc.).
- Puesta en común con el personal de las residencias, respecto a las necesidades específicas en cuanto a material fungible, medicación, kits de emergencia, etc.
- Desarrollo de un mismo formulario telemático que además garantice la especificidad para la solicitud de pedidos de material desde las residencias, para el Servicio Riojano de Salud según características propias de cada residencia/ tipo de personas usuarias.
- Creación de una Encuesta de Satisfacción de servicio prestado.
- Definición de una plataforma de Notificación a través de un formulario para Comunicación de Incidentes en pro de la búsqueda del bienestar en la Atención del usuario de la Residencia y la mejora continua.

- La gestión de este proceso de notificación por parte de los profesionales de las residencias a través del formulario comentado se llevó a cabo teniendo en cuenta:
 - Sensibilización y formación del personal
 - Capacitar a los profesionales del ámbito socio sanitario (personal de enfermería, médicos, cuidadores, etc.) sobre la importancia de las notificaciones de seguridad del paciente.
 - Enseñar a reconocer y registrar de manera adecuada los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, como caídas, errores en la medicación, infecciones o reacciones adversas.
 - Sistema de notificación accesible y sencillo
 - Crear un sistema sencillo de notificación de eventos adversos. Esto puede incluir formularios digitales o en papel para que cualquier miembro del personal pueda reportar de manera rápida y fácil. De aquí surgió el formulario de "Google Forms"
 - Fomentar una cultura de apertura y no punitiva, donde los profesionales se sientan cómodos notificando incidentes sin temor a represalias.
 - Evaluación continua de riesgos
 - Realizar auditorías periódicas de seguridad para identificar áreas de mejora. Esto incluye la revisión de las notificaciones de seguridad y la evaluación de patrones de incidentes recurrentes.
 - Desarrollar un plan de acción para mejorar las áreas identificadas, implementando nuevas políticas o ajustando las existentes.
 - Nos pareció importante, además, realizar un estudio comparativo de incidentes notificados en relación al mismo paciente en ámbito socio sanitario comparado con procesos de ingreso hospitalario para poder determinar que parte del entorno influye negativa o positivamente en la incidencia de incidentes y eventos adversos no deseados, además de las características propias del paciente en ambos ámbitos.
 - Análisis de datos e informes
 - Crear informes periódicos sobre las notificaciones de seguridad del paciente que incluyan análisis de tendencias y áreas críticas. Estos informes pueden ser útiles para la mejora continua y para la toma de decisiones en la gestión del centro.
 - Utilizar estos datos para implementar acciones correctivas o preventivas que disminuyan los riesgos y mejoren la calidad de la atención.

- Realizar Feed-back a los profesionales de las residencias y hacerlos partícipes de los planes de mejora que se planifiquen, contando también para ello con los propios pacientes y sus familias.
- Adaptación de protocolos para personas mayores
 - Desarrollar protocolos específicos para la atención de personas mayores que tomen en cuenta su vulnerabilidad. Esto incluye protocolos para la prevención de caídas, manejo de medicación, control de infecciones y monitoreo de comorbilidades.
 - Asegurar que estos protocolos sean actualizados de acuerdo con las mejores prácticas en geriatría y cuidados sociosanitarios y difundidos entre sus profesionales.

Impacto

Incorporando estas medidas, no solo se mejorará la seguridad de las personas mayores, sino también se promoverá un entorno de atención de mayor calidad y confianza para los pacientes y sus familias. Los datos recogidos indican que:

- Se han recibido desde noviembre de 2024 hasta 10 de abril de 2025 un total de 21 notificaciones de incidentes de seguridad.
- El ámbito de dichas notificaciones tiene que ver con:
 - Caídas: 8
 - Error relacionado con la medicación: 8
 - Agresión entre residentes: 1
 - Broncoaspiración: 2
 - Luxación de EESS Izda. Por contención mecánica
 - Error en la identificación de paciente: 1
- Se han realizado 4 formaciones en relación a los incidentes más notificados.
- Se ha valorado que el entorno (lugar, infraestructura, etc.) tiene un 10% más de posibilidades de generar incidentes de seguridad en las personas mayores que su situación clínica en sí.
- Se han definido 3 protocolos consensuados.
- Se ha definido y consensuado con todas las residencias un Cuadro de Mando Integral (CMI)

Transferibilidad

Este proyecto de Coordinación de Atención Primaria y Sociosanitario puede replicarse en otras comunidades. La Seguridad de los más frágiles y vulnerables ha de ser una de las estrategias más relevantes. La visión de poder tener la oportunidad de gestionar las notificaciones de seguridad que realicen desde el ámbito Sociosanitario e incorporarlas a SINASP es sin duda la mayor garantía de Mejora Continua para las personas mayores.

COMUNIDAD DE MADRID

Experiencia 16. “La notificación de incidentes como herramienta de mejora de Seguridad del Paciente”

Autores y colaboradores: *Sonia Hidalgo Ramos, Marta Sánchez García, M^a Desamparados Hurtado López, Laura Martín Losada, M^a Caballero Nahúm, Jesús Minaya Saiz.*

Justificación

La seguridad de los pacientes es una de las dimensiones fundamentales de la calidad asistencial, que afecta a la totalidad de la organización y de sus miembros. Es responsabilidad de las organizaciones sanitarias desarrollar actuaciones de seguridad con el objetivo de prevenir o minimizar el daño a los pacientes inherente a la prestación de la asistencia sanitaria. Diversos estudios de investigación demuestran que un porcentaje alto de los eventos adversos (EA) relacionados con la asistencia podrían ser evitables (ENEAS 42,8%, APEAS 70,2% y ESHMAD 47%). Por otro lado, existen estudios que muestran que no establecer medidas para prevenir los EA supone un aumento del gasto sanitario, ya que los pacientes afectados requieren de intervenciones que aumentan los tiempos de estancia, consumo de recursos sanitario, etc. Los sistemas de notificación y registro de incidentes sobre seguridad del paciente son una herramienta de aprendizaje y mejora, que permiten la identificación, análisis y propuestas de actuación sobre los EA comunicados por los profesionales. Aun así, existe una notificación por debajo de lo deseable. La Comunidad de Madrid dispone del sistema de notificación CISEMadrid. El hospital Guadarrama tiene como objetivo crear una cultura de seguridad, sustentada en valores, actitudes, percepciones, competencias y conductas de los profesionales respecto a la misma. Fruto de este compromiso se implementan estrategias para la mejora de la seguridad del paciente. El fomento de la notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación y la sistematización de su gestión y análisis por parte de la Unidad Funcional de Riesgos Sanitarios (UFGR) nos permite identificar e implementar acciones para mejorar la seguridad del paciente. Cabe destacar también, que las rondas de seguridad son otra herramienta que permite la implicación de directivos y la propuesta de sugerencias de mejoras en la seguridad del paciente

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

En los años 2021 y 2022 se observó una notificación insuficiente de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) a través de la aplicación CISEMadrid en el Hospital Asociado Universitario Guadarrama (HAUG). Año 2021: 90 y 2022: 103. En las rondas de seguridad se preguntó a los profesionales si comunicaban los IS y EM a través de CISEMadrid, estos contestaron (disponibles actas de las rondas de seguridad):

- A veces, pero que habitualmente lo ponían en conocimiento de su mando intermedio para que pusiese solución al problema detectado.
- Se notifica poco. Se dispone de poco tiempo para notificar.
- Algunos profesionales desconocen cómo comunicar los IS y EM en CISEMadrid.
- Desconocimiento de la implantación de acciones de mejora. No existía un responsable que llevase un control y un seguimiento sobre las acciones de mejora que se implantaban, ni se daba un feedback a los trabajadores sobre las notificaciones que realizaban.

Objetivos

Objetivo principal

Mejorar el sistema de gestión y análisis de IS y EM a través de su notificación en CISEMadrid, mediante formación, mejora de la comunicación y feedback a los profesionales y su participación a través de Rondas de seguridad.

Objetivos secundarios:

- Aumentar las notificaciones de IS y EM de CISEMadrid.
- Analizar al menos el 95% de incidentes identificados.
- Aumentar la formación en el uso de la plataforma de notificación CISEMadrid.
- Implementar acciones de mejora, realizando un seguimiento de las mismas.
- Mejorar el conocimiento de los profesionales sobre las acciones de mejora implantadas derivadas de las notificaciones de IS y EM, las derivadas de las rondas de seguridad y sobre la actividad realizada en seguridad en el hospital por la UFGRS.

Actuaciones realizadas (inicio en 2023)

PLANIFICACIÓN DE ACTUACIONES: Realización de cronograma (se adjunta documento)

FORMACIÓN:

- Se han impartido sesiones sobre CISEMadrid en el año 2023 y 2024. En dichas sesiones se ha dado a conocer la UFGRS y se ha enseñado de forma práctica, en un ordenador, la herramienta de notificación de EM e IS de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, CISEMadrid, explicando la importancia de notificar los eventos adversos que se

producen. Las sesiones han sido impartidas por los referentes de seguridad de cada unidad /Servicio, que son miembros de la UFGRS.

- Además, se imparten sesiones/cursos sobre seguridad del paciente anuales (se dispone de un esquema del plan de formación anual).

COMUNICACIÓN Y FEEDBACK A LOS PROFESIONALES.

- Se han difundido recomendaciones de seguridad a los profesionales. Son medidas de seguridad que se elaboran derivadas del análisis de IS y EM notificados y que se ponen en conocimiento de los trabajadores para evitar que se vuelvan a producir.
- Se han nombrado a referentes en seguridad por unidades/servicios y turnos, que tienen entre otras funciones, promover la notificación de IS y EM en su unidad, formar en temas de seguridad (como impartir las sesiones de CISEMadrid), participar en las rondas de seguridad y resolver las dudas de compañeros en cuanto a llevar a cabo buenas prácticas en seguridad. Son impulsores de la seguridad del paciente. Los referentes forman parte de la UFGRS y están actualizados en temas de seguridad que se desarrollan en el Hospital.
- Se han comenzado a realizar reuniones específicas con los referentes en seguridad para planificar las actuaciones anuales. Disponibles actas.
- Se ha realizado feedback a los profesionales informando de las acciones de mejora abordadas tras cada ronda de seguridad a través de los mandos intermedios en el año 2023 y 2024.
- Se han elaborado y difundido boletines de seguridad trimestrales informando de los IS y EM notificados y las acciones de mejora implantadas para proporcionar feedback a los trabajadores. Dicha información se difunde: por correo electrónico y se deja el documento en formato A3 en los tablones. El formato se ha elaborado de manera sencilla, de fácil comprensión, con información resumida y visual. Se han creado 4 boletines por año (2023-2024). El documento recoge el tipo de incidente notificado y las principales acciones de mejora llevadas a cabo.
- Los IS o EM que alcanzan al paciente, que por sus características requieren de una intervención rápida, se realiza un análisis causa raíz, (Representación gráfica del análisis de causas-efectos: Diagrama de Ishikawa). Se realiza un análisis individual prioritario. Se crea un grupo de trabajo para llevarlo a cabo.
- Se dispone de un espacio de seguridad en la intranet del Hospital, dónde los profesionales pueden consultar documentos actualizados (recomendaciones y boletines de seguridad, memorias de la UFGRS, procedimientos normalizados de trabajo, etc).

RONDAS DE SEGURIDAD

- Se han realizado 5 rondas de seguridad anuales por unidad/servicio (2023 y 2024) con participación activa de directivos,(en las 4 plantas de hospitalización y en el Servicio de rehabilitación). Las rondas de seguridad son reuniones periódicas entre la Dirección del hospital y los profesionales de un determinado servicio para tratar temas de Seguridad del paciente. Su objetivo principal es potenciar la implicación de los propios Directivos, así como identificar oportunidades de mejora y promover este cambio cultural. En todas las rondas de seguridad ha participado mínimo un miembro del equipo directivo.
- Se ha elaborado una tabla para el seguimiento acciones de mejora derivadas de ronda de seguridad, dónde se recoge la propuesta de mejora, las acciones que se van a llevar a cabo, la fecha prevista para su implantación, el responsable y el resultado obtenido (años 2023-2024). Se adjunta tabla de seguimiento.
- Se ha introducido una encuesta tras cada ronda de seguridad dirigida a los profesionales, para conocer su satisfacción con la misma, y darles la oportunidad de sugerir acciones de mejora (disponible informe de encuesta a profesionales).

Impacto/resultados

CISEMadrid

CISEMadrid

- El número de **notificaciones de IS y EM ha aumentado**, a 166 (2023) y 131 (2024). Se adjunta gráfica.
- Se han analizado y validado el 100% de los IS y EM identificados.
- Se han implantado mediante el control y seguimiento de la actuación un total 37 de acciones de mejora derivadas del análisis de IS y EM de CISEMadrid en el año 2023 y 60 acciones de mejora en 2024.
- Para evaluar si los profesionales conocen las acciones de mejora implantadas en el hospital, derivadas de su notificación a través de CISEMadrid, (si la difusión es de utilidad), se ha realizado una encuesta a 61 trabajadores en enero de 2025 (encuesta ha sido voluntaria y anónima). Los resultados han sido muy satisfactorios. El 95,08% de los profesionales (58 participantes) conocen las acciones de mejora sobre seguridad del paciente, que se han llevado a cabo, derivadas de las notificaciones de IS y EM de CISEMadrid. Y los medios más destacados, a través de los cuales las han conocido, han sido a través de la comunicación del mando intermedio (46,55%), los referentes en seguridad (32,76%) y el boletín de noticias divulgativo (17,24%). Corresponde a acciones introducidas para mejorar el feedback de los

trabajadores de las actuaciones de seguridad que se realizan en el Hospital. Se adjunta gráfica.

- Se han realizado 2 análisis causa raíz, (Representación gráfica del análisis de causas-efectos: Diagrama de Ishikawa). En el año 2023 se identificó 1 EM y en el año 2024 un IS.

FORMACIÓN

- Se han impartido 11 sesiones con 105 asistentes CISEMadrid en el año 2023 y 10 sesiones con 96 asistentes en 2024. En marzo ya se ha realizado la formación del año 2025, con un total de 12 sesiones con 129 asistentes. Además, se imparten sesiones/cursos sobre seguridad del paciente anuales (se dispone de un esquema del plan de formación anual).
- Se han difundido un total de 9 recomendaciones de seguridad a los profesionales en 2024 y 8 recomendaciones en 2023. Se adjunta formato de recomendaciones.

COMUNICACIÓN Y FEEDBACK

- En el año 2023, se nombraron 6 referentes en seguridad y en 2024, 7 referentes. Nombrados en las 4 unidades de hospitalización en turno de mañana y tarde, en el servicio de farmacia y de rehabilitación.
- Se han elaborado y difundido 4 boletines de seguridad informando de los IS y EM notificados y las acciones de mejora implantadas para proporcionar feedback a los trabajadores en el año 2023 y 2024, (disponibles boletines). Se adjunta formato de boletín trimestral.
- De la misma manera también se ha elaborado y difundido un boletín anual de la actividad de la UFGRS (en 2023 y 2024).
- Se han elaborado y difundido procedimientos normalizados de trabajo (PNT), dónde se describe, de forma específica, las actividades que se llevan a cabo para el funcionamiento de la UFGRS y la actuación si se produce un evento adverso grave: PNT-DA-18 Procedimiento para el funcionamiento de la unidad funcional de gestión de riesgos sanitarios y el PNT-DA-24 Actuación ante un evento adverso grave.

RONDAS DE SEGURIDAD

- La valoración de la satisfacción media de los profesionales con las rondas de seguridad en el año 2022 fue de un 3,6 y en los años 2023 y 2024 de un 4,5, (siendo 1 la respuesta más negativa y 5 la más positiva). Tras la introducción de propuestas realizadas por los profesionales su satisfacción ha aumentado. Se adjunta gráfica.
- Se han implantado 22 acciones de mejora en 2023 y 19 acciones de mejora en 2024 sugeridas por los profesionales en las rondas de seguridad.

- En el año 2022 los profesionales tenían un conocimiento menor de las acciones de mejora que se llevaban a cabo tras las rondas de seguridad. Tras realizar las actuaciones para reportarles información sobre las acciones de mejora abordadas, se observa que, en 2023 y 2024, los trabajadores expresan que sí han observado que se realizan acciones derivadas de las rondas de seguridad.
- La implicación de directivos en las rondas de seguridad ha sido alta. Han participado un total de 13 directivos en el año 2023 y 14 directivos en el año 2024.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos se puede afirmar que se ha logrado el objetivo principal, mediante formación práctica, la comunicación efectiva multicanal, el liderazgo comprometido y la participación y escucha activa del personal. Se ha fortalecido la cultura de seguridad en el Hospital, incrementando significativamente las notificaciones de incidentes, mejorando la percepción y satisfacción de los profesionales y estableciendo un sistema sostenible de mejora continua en seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Aranaz, J. M., Aibar, C., Vitaller, J., & Ruiz, P. (2005). Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madrid, MSC, 169.
2. APEAS, E. (2008). Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo.
3. Valencia-Martín, J. L., Martín-Delgado, J., Pardo-Hernández, A., Vicente-Guijarro, J., Requena-Puche, J., Andrés, J. A., & Group, E. D. (2021). The Study on Safety in Hospitals in the Region of Madrid (ESHMAD) design: Screening and analysis of incidents and adverse events. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(4), 231-239.
4. Allué, N., Chiarello, P., Bernal Delgado, E., Castells, X., Giraldo, P., Martínez, N., Sarsanedas, E., & Cots, F. (2014). Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos [Assessing the economic impact of adverse events in Spanish hospitals by using administrative data]. *Gaceta sanitaria*, 28(1), 48–54.

Transferibilidad

Todas las medidas implantadas pueden ser llevadas a cabo por otro centro sanitario, siendo necesario nombrar a un responsable en seguridad para la planificación de objetivos/acciones

anuales y un equipo que colabore en su desarrollo, seguimiento y evaluación (UFGRS). Es importante disponer de procedimientos normalizados de trabajo, dónde se indique de forma clara la manera de cómo gestionar las actuaciones en materia de seguridad. La formación, comunicación, difusión y feedback multicanal de todas las actuaciones de seguridad que se realicen, deben ir dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios ya que la seguridad del paciente es cosa de todos.

De todas las actuaciones realizadas y de los resultados descritos en los apartados anteriores, se dispone de documentos para evidenciar que han sido realizados.

1 CRONOGRAMA DE ACTUACION (imagen 2024)

PROYECTO: La notificación de incidentes como herramienta de mejora en la seguridad del paciente																
PLANIFICACIÓN DE ACCIONES AÑO 2024	CALENDARIO												Responsable	1º semestre	ANUAL	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic				
Incorporar formación relacionada con la seguridad del paciente en el Plan de Formación continuada. Un curso			x	x	x									G. Formación continuada	5	7
Impulsar la formación en seguridad de Cuidador para mejorar la seguridad del paciente, mediante la realización de sesiones formativas. Obj: 55 sesiones (Higiene de manos, prevención lesiones cutáneas, cuidar, administración medicamentar, etc)														D. Enfermería	78	104
Realizar sesiones formativas sobre CISEMadríd. 10 sesiones formativas		x	x	x										D. Enfermería	Sesiones CISEMadríd: 10	Sesiones CISEMadríd: 10
Formación en seguridad e higiene de manos al personal de nueva incorporación. Objetivo: 7 sesiones.	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Medicina Preventiva	Sesiones: 5	Sesiones 11 Aristonox 75
Promover la formación en seguridad. Difundir recomendaciones de seguridad a los trabajadores ≥ 5 anuales	x		x	x		x			x				x	Miembros UFGRS	5 recomendaciones	9 recomendaciones
Realizar Plan de Seguridad. 5 rondas. Incorporar tabla de seguimiento de acciones, encuesta tras la ronda.	x		x	x	x	x								Comisión de Dirección	4 rondas	5 Rondas
Analizar los incidentes de seguridad y errores de medicación notificados a través de CISEMadríd ≥ 95%. Emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM). Al menos 100 IS/EM notificados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Miembros UFGRS	100%	100%
Elaboración y difusión de boletín de IS y EM trimestral			x			x			x				x		2 boletines	4 boletines
Elaboración y difusión de boletín anual actividad UFGRS													x		2 boletines	4 boletines

Hospital Guadarrama

03/2024

SEGUIMIENTO ACCIONES DE MEJORA RONDA DE SEGURIDAD ABRIL 2024

Propuesta de mejora	Acciones	Fecha	Responsable	Resultado
Mejorar la fijación de las alzas de los baños de los pacientes.	El 03/04/2024 la supervisona del turno de tarde va a revisar las alzas y sustituir las defectuosas por otras nuevas.	Primer semestre	Supervisona del turno de tarde	Abril. Se revisan las alzas de los baños de los pacientes de todos los plantíos. Quedan correctamente colocadas para su uso.
El personal del T/T que esté interesado, pueda acudir a las reuniones del turno de mañana (14h) y trasladar la información de esa reunión al equipo de la tarde.	El 03/04/2024 En la misma reunión la supervisona de tarde está de acuerdo con esta propuesta. Facilitará la asistencia y el tiempo dedicado para acudir a la reunión fuera de la jornada laboral, será devuelto. El 04/04/2024. Se transmite a D. Gerencia que está de acuerdo con la propuesta	Segundo semestre	Supervisona del turno de tarde	En la primera semana de abril un TMCAE acude a las reuniones interdisciplinarias del turno de mañana y difunde la información a su equipo de tarde.
Buscar un lugar en la historia del paciente que mejore la comunicación de prescripciones al personal de enfermería (Enfermeras y TMCAE).	El 03/04/2024 Comunicado a D. Gerencia	Primer semestre	Coordinador médico y D. Enfermería	Abril se acuerda: 1. La prescripción médica se hace en FARHDS, en el apartado de observaciones. 2. La enfermera lo deja reflejado en los comentarios de evolución de enfermería (observaciones). La TMCAE puede visualizar este formulario.

Plaza Reina del Pozo, 2
28040 Guadarrama - Madrid
Tf: 910 320 026 | 910 342 023
gerencia@salud.madrid.org



3 Notificaciones de IS y EM anuales

2 Tabla seguimiento ronda seguridad

Experiencia 17. “Diferentes iniciativas para incrementar las notificaciones de IS”

Autores y colaboradores: Gerardo Garzón González, M^{ra} Dolores Conejos Miquel, Maria Dolores Martínez Patiño, Aurora Barbera Martin, Maria Luisa Alcazar Gonzalez, Purificación Magan Tapia, Nuria Domínguez Pérez, Natalie Harris de la Vega, Inmaculada Mediavilla Herrera, Asunción Cañada Dorado, Tamara Alonso Safont, Oscar Aguado Arroyo, Esther Zamarron Fraile, Cristina Villanueva Sanz, Maria Pilar Aranzazu Luaces Gayan, Juan Jose Jurado Balbuena, Marta Castelo Jurado.

Justificación

Conocer los incidentes de seguridad (IS) que se producen y aprender de ellos, es una de las prioridades en seguridad del paciente. Los sistemas de notificación son una de las herramientas más valiosas en este sentido. En Atención Primaria en la Comunidad de Madrid se notifican

2.500-3.500 IS al año. No obstante, la infra notificación es una realidad, por lo que incrementarla es un reto necesario.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Según distintas estimaciones solo se notifica entre un 0,5 y un 5 % de los IS que ocurren. Solo con un número elevado de notificaciones podemos tener un conocimiento aproximado de la ocurrencia de IS. Por esta razón, es muy importante impulsar la notificación.

Objetivos

Incrementar el número de notificaciones. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) de la Comunidad de Madrid (CM) ha implementado diferentes iniciativas que, entre otros objetivos, pretenden incrementar la notificación. Se presentan dos de estas iniciativas en las que se ha medido impacto en la notificación.

Actuaciones realizadas

Se presentan dos proyectos entre cuyos objetivos está el incremento de las notificaciones

1. Rondas de Seguridad. En su artículo “fundacional” Alan Frankel definía como uno de los objetivos de las Rondas de Seguridad la “mejora de la comunicación sobre los errores”. Este objetivo se ha interpretado frecuentemente como “mejorar la notificación”. En Atención Primaria en la CM, desde hace años, se realizan más de 70 rondas de seguridad anuales. Consisten en visitas por parte del equipo directivo “periférico” (direcciones asistenciales, DA), al centro de salud en distintos centros cada año. Se trata de un espacio de reunión entre los profesionales de un centro de salud y la Dirección. Aunque hay variaciones dentro de cada DA, en líneas generales se trata de aprovechar esta reunión para comentar las dudas y preocupaciones relacionadas con la seguridad del paciente de cada centro, supervisar los equipos y herramientas de trabajo desde los estándares de calidad, transmitir desde los puestos directivos nuevas directrices, aportar los recursos de los que se disponen y hacer actualizaciones en materia de seguridad del paciente
2. Revisión de Historias Clínicas (HC) con Trigger tool (TriggerPrim®). Se trata de un Trigger Review Method para aprendizaje de los profesionales que identifica, además, incidentes de seguridad ocultos. Su implementación en los centros empezó hace 2 años. Para comenzar el proyecto en cada centro, un profesional que conoce el método forma una pareja con otro profesional del centro (siempre una pareja médico-enfermera). Cada

pareja, cada trimestre revisa 20 HC seleccionadas aleatoriamente de entre las que contengan alguno de 5 triggers validados (la pareja revisora obtiene estas HC del cuadro de mando que las genera automáticamente cada trimestre). Cada pareja ha de estar compuesta por un miembro veterano y un miembro “novato”. Para extender el proyecto dentro de cada centro, una vez revisadas las 20 historias, los dos miembros pasan a ser veteranos y buscan un profesional “novato” en el uso de la herramienta y de la otra categoría profesional (enfermería-medicina) para la siguiente ronda. En la revisión de cada HC se buscan incidentes de seguridad con daño. Los que se encuentran sirven de sensibilización, aprendizaje y cambio de la práctica clínica a los revisores, por un lado, se reportan a todo el centro de salud para aprender, por otro, y se notifican al sistema de notificación.

Impacto

Rondas de Seguridad

Se ha realizado un análisis comparativo entre los centros con ronda y sin ronda de cada año. El análisis muestra un incremento estadísticamente significativo en la notificación de incidentes en los centros con ronda en el mes siguiente a la realización de esta. En promedio, y siempre en comparación con los datos del año previo, los centros con RS registran un aumento de 0,22 notificaciones en el mes posterior a la RS, mientras que en los centros sin RS hay un descenso de 0,14 notificaciones. Hay incrementos significativos en la notificación de errores de prescripción y de administración de medicación por el propio paciente que no son aspectos que se aborden específicamente en las rondas, lo que sugiere que las RS sirven para sensibilizar con la identificación y comunicación de cualquier problema de seguridad. Aunque el impacto absoluto es limitado (aproximadamente una notificación adicional por cada dos RS), los datos sugieren que estas rondas favorecen la notificación.

Revisión de Historias Clínicas (HC) con Trigger tool (TriggerPrim®)

La implementación de este método está permitiendo una detección activa de incidentes de seguridad y errores de medicación ocultos a partir de la revisión sistemática de historias clínicas. Actualmente más de 60 profesionales (número en crecimiento constante) revisan HC. Se han revisado 2.200 historias clínicas con trigger tool y se han identificado más de 200 incidentes de seguridad ocultos. Estos IS fueron notificados al sistema de notificación, lo que refleja el potencial de esta herramienta para incrementar la notificación.

Transferibilidad

La implementación de Rondas de Seguridad en Atención Primaria, aunque innovadora, es una experiencia fácilmente transferible. El procedimiento es sencillo y la motivación de los directivos crece con las rondas realizadas lo que retroalimenta positivamente la implementación. La Revisión de Historias Clínicas (HC) con Trigger tool, es fácilmente implementable en la Atención Primaria de cualquier Servicio de Salud, requiriendo únicamente al inicio un muy pequeño grupo de profesionales motivados. La automatización de selección de historias con trigger facilita el método, pero no es imprescindible.

Experiencia 18. “MAR en SAR”

Autores y colaboradores: *Gerardo Garzón González, Lina Marcela Parra Ramírez Laura Teso Chamorro Lucía Sierra Santos.*

Justificación

En la atención clínica en un centro de salud existen situaciones en las que la probabilidad de que se dé un fallo es más alta: ej.: atención a un paciente no conocido previamente. Las llamaremos Situaciones de Alto Riesgo. La prescripción de medicamentos es un proceso de riesgo, pero existen medicamentos en los que, en caso de error, la probabilidad de daño es más alta: ej.: insulina. Son los Medicamentos de Alto Riesgo. Cuando se juntan ambas circunstancias, es decir la prescripción de un Medicamento de Alto Riesgo en una Situación de Alto Riesgo, hay más probabilidad de error y más probabilidad de daño.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Se reciben anualmente entre 3.000 y 3.500 incidentes de seguridad y errores de medicación en el Sistema de Notificación. Todos los años se analiza la distribución de estas por tipos, gravedad... Todos los años entre el 10% y el 15% del total de notificaciones son Errores de Prescripción, siendo el segundo tipo en frecuencia tras los errores de medicación del paciente. Se analizaron las notificaciones de errores de prescripción. En relación con las causas/tipos del error, se encontró que el 24% fueron despistes durante la prescripción, 24% interacciones, contraindicaciones y alergias, 16% errores en el manejo de la receta electrónica, 7% errores de conciliación, y otros (identificación, pauta...). Los medicamentos implicados en los errores de prescripción graves fueron 32% anticoagulantes/antiagregantes, 15% antibióticos, 12% opioides, 12% benzodiazepinas. 6% insulina/hipoglucemiantes orales. Del análisis se concluyó

que una de las líneas de trabajo debería centrarse en los medicamentos más implicados en errores graves de prescripción y en los despistes durante la prescripción. De aquí surgió el Proyecto MAR en SAR.

Objetivos

Reducir errores de medicación con Medicamentos de Alto Riesgo (MAR) cuando se prescriben en Situaciones de Alto Riesgo (SAR) en un Centro de Salud.

Actuaciones realizadas

Se planteó el proyecto en tres fases:

1. Diseño/definición del procedimiento
2. Ejecución
3. Evaluación

Diseño/definición del procedimiento

El procedimiento se basó en la identificación de situaciones de alto riesgo de error y la realización de señalamientos que recuerden a los profesionales que ese día el riesgo de error es mayor y por tanto ese día se “funciona distinto”. El funcionamiento distinto se basó en la realización de actuaciones extra con los medicamentos de alto riesgo.

Se definieron 4 aspectos:

- Seleccionar las Situaciones de Alto Riesgo en las que actuar distinto.
- Elegir un método de señalamiento.
- Seleccionar los Medicamentos de Alto Riesgo con los que realizar actuaciones extra
- Elegir las actuaciones extra

1. En primer lugar, los profesionales del centro de salud seleccionaron las Situaciones de Alto Riesgo en las que iban a actuar. Para ello se utilizaron los factores contribuyentes de la National Patient Safety Agency (NPSA) y los profesionales eligieron por consenso los más adecuados a su situación:

- a. Caída de la Historia Clínica Electrónica
- b. Repartos de consulta no previstos
- c. Profesional nuevo en el centro
- d. Paciente ajeno, e. Atención fuera de cita.

2. En segundo lugar, seleccionaron un método de señalamiento de SAR de un listado obtenido de lo publicado sobre el tema y de una pequeña tormenta de ideas. Se eligió pegar un pósito rosa en la pantalla del ordenador. La persona que detectaba que se estaba en Situación de Alto Riesgo avisaba al resto para poner el pósito.

3. En tercer lugar, seleccionaron los medicamentos de alto riesgo de entre los del proyecto MARC:

a. Insulinas

b. Anticoagulantes

c. Antiepilépticos de margen estrecho (carbamazepina, fenitoina y valproato), d. Inmunosupresores (incluido metotrexato)

4. En cuarto lugar, decidieron las acciones a realizar cuando se está en SAR. Partiendo de las prácticas seguras del proyecto MARC (Ministerio de Sanidad CyBS) y de otras generales publicadas seleccionaron:

a. Prohibir las interrupciones presenciales y telefónicas

b. No realizar atención sin historia clínica

c. Realizar doble autochequeo si se inicia o se modifica en tratamiento con un Medicamento de Alto Riesgo de los seleccionados.

Ejecución

El centro de salud llevó a cabo el procedimiento definido durante 6 meses: cuando se daba una SAR, los profesionales colocaban el pósito rosa en la pantalla del ordenador y ese día actuaban según lo definido, en concreto realizando doble autochequeo al prescribir o modificar uno de los MAR seleccionados.

Evaluación

A los 6 meses se realizó evaluación mixta cualitativo/cuantitativa.

Resultados e Impacto

1. Resultados de implantación: Excepto la evitación de las interrupciones, se implantaron todas las acciones. Algunas acciones se han implantado incluso los días sin SAR: no se atiende sin historia y se realiza doble autochequeo de los MAR. Algunas acciones no previstas se han implantado los días con SAR: reducción de la intensidad de la consulta

demorando actividad prescindible, doble autochequeo a toda la medicación, no solo MAR

2. De percepción: Ha mejorado la conciencia individual del riesgo (prudencia) y del valor del señalamiento. Se reduce el estrés los días complicados.
3. De impacto: Errores de medicación potencialmente graves con Medicamentos de Alto Riesgo detectados y evitados: 1-2 por profesional cada 3 meses. Infiriendo estos resultados a todos los centros de salud, se evitarían en torno a 20.000 errores potencialmente graves al año.

Transferibilidad

El procedimiento es sencillo y no precisa de recursos especiales ni costosos Únicamente hace falta la existencia de uno o dos profesionales del centro motivados con la seguridad del paciente que conozcan el proyecto e impliquen a la mayoría de sus compañeros. Cualquier centro de salud puede ponerlo en marcha En concreto el centro de salud en el que se ha pilotado es un centro con varios consultorios locales, o sea con dispersión geográfica, y a pesar de esa limitación ha funcionado.

Experiencia 19. “Como enfocar la seguridad en una unidad de endoscopia, más allá del procedimiento.”

Autores y colaboradores: *Beatriz Merino Rodríguez, Leticia Pérez Carazo, Pilar García Santos, Raúl López Martínez, Víctor Cuadrado, Alicia Díaz Redondo, Alejandro Rodríguez Quirós, Rodolfo Romero Pareja, Sonia García De San José.*

Justificación

Las unidades de endoscopia digestiva son entornos de alto riesgo para la seguridad de los pacientes. El alto volumen de pacientes asistidos y la agilidad en el recambio de los mismos en las salas de trabajo supone un riesgo de que se generen errores de identificación de pacientes, así como de muestras biológicas. La endoscopia asocia riesgos relacionados con la preparación, con la sedación y con el procedimiento endoscópico en sí. En los últimos años hemos asistido al desarrollo de la endoscopia terapéutica realizándose cada vez procedimientos de mayor complejidad que implican a múltiples estamentos (endoscopistas, enfermería especializada en endoscopia, anestesistas, TCAEs, técnicos de rayos). Los pacientes atendidos en su mayoría se realizan en régimen ambulatorio y, tanto la sedación, como la deambulación precoz incrementan el riesgo de caídas. Por su parte, los pacientes hospitalizados cada vez son más añosos y asocian mayores morbilidades. Además, la desinfección de endoscopios es un punto

crítico para la seguridad y el control de infecciones asociadas a esos dispositivos es complejo. La Sección de endoscopia del HGUGM está certificada por la norma ISO 9001 y dentro de nuestro programa de calidad, la seguridad del paciente es uno de los objetivos fundamentales. Entendemos la calidad y la seguridad como un continuo en el que trabajamos conjuntamente.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

El personal de la Sección de endoscopia digestiva del HGUGM tienen una amplia cultura de seguridad. Prueba de ello, son los 543 incidentes notificados, analizados y sobre los que se han realizado acciones correctoras y difusión de la mismas desde 2.021. La Sección tienen cuatro referentes de seguridad (dos médicos y dos de enfermería) que promocionan la cultura de seguridad y la notificación, analizan los incidentes, se responsabilizan de la implantación de las acciones correctoras y de su difusión entre el personal. Uno de dichos referentes además es miembro de la unidad funcional de gestión de riesgos y de la comisión de prácticas innecesarias del hospital. La causa más frecuente de notificación son las complicaciones de procedimientos endoscópicos. Por este motivo, se ha creado en la unidad un registro de complicaciones y un responsable del mismo. Con ello se ha conseguido un aumento de detección de las complicaciones diferidas (así como de las que acuden al servicio de urgencias de otros centros de nuestro entorno con búsqueda activa de complicaciones a través de HORUS), un análisis y seguimiento en tiempo real, una vigilancia continua de si el porcentaje de complicaciones se sale del estándar y en ese caso un análisis pormenorizado y realización de medidas específicas en cada caso. Como ejemplo más destacado se reportaron al sistema de notificación de incidentes CISEMadrid y se añadieron al registro de complicaciones 4 casos de hemorragia postpolipectomía en una semana. Dado que se salía ampliamente del estándar, se realizó el análisis de éstos, detectándose que en todos los casos se había realizado la polipectomía con el mismo electrobisturí (no había coincidencia en los operadores y los pacientes no eran de alto riesgo hemorrágico). Se retiró preventivamente el equipo y tras revisión se había desconfigurado uno de los presets justificando las hemorragias. Empleamos múltiples herramientas de análisis habiéndose realizado en incidentes graves análisis de tipo causa raíz (ACR). Como ejemplo, un paciente que se nos canaliza desde otro centro para la realización de una ecoendoscopia finalmente, en vez de esta prestación de endoscopia, se realizó una cápsula endoscópica (aunque el incidente alcanzó al paciente no tuvo ninguna consecuencia negativa para el mismo). Las causas del incidente fueron multifactoriales: - La Sección no tenía un circuito de aceptación de canalizaciones normalizado - El adjunto que valoró y aceptó la canalización lo devuelve a Secretaría para citar utilizando un documento escrito a mano - Se malinterpreta la

caligrafía por la secretaria citando al paciente para una prueba errónea - El día del procedimiento no se comprueba por parte del personal que administra la cápsula los documentos de la canalización. Tras el análisis causa raíz, se establecieron como acciones de mejora: - Desarrollo de procedimiento que describa la sistemática de trabajo y los circuitos que siguen los pacientes y su documentación, antes, durante y después de la realización de estas pruebas (ver documento adjunto) - Elaboración de una ficha de canalización (tipo check list) en la que deban intervenir los estamentos implicados: adjuntos, enfermeras y administrativas. Para señalar que la prueba ha sido verificada por todos los profesionales en la fuente primaria Desde la implantación de la normalización del circuito de trabajo no ha habido ningún nuevo incidente relacionado con la gestión de canalizaciones. En 2.021 se nos notifica vía CISEM un retraso en la valoración quirúrgica de un paciente al que le habíamos diagnosticado en una colonoscopia una neoplasia de sigma. Aunque los tiempos de atención estaban dentro de lo aceptado en hallazgos oncológicos decidimos crear un sistema propio de hallazgos relevantes en endoscopia. Con este sistema de alertas no sólo se notifica el hallazgo relevante al médico solicitante, sino que se notifica vía mail para citación preferente (en menos de 15 días) en la consulta destino del hallazgo relevante del paciente (coloproctología para neoplasias de colon y recto, cirugía esofagogástrica en caso de neoplasias esofagogastroduodenales, Sección de enfermedad inflamatoria intestinal en el caso de diagnóstico de debut de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa y hepatología en el caso de pacientes con varices esofágicas de riesgo). Desde el año 2021 en que se ha iniciado el circuito de alertas se han notificado 823 a coloproctología, 123 a cirugía esofagogástrica, 46 a las consultas de enfermedad inflamatoria intestinal y 24 a las consultas de hepatología. Todos los pacientes han sido atendidos en menos de 15 días. Este sistema de alertas vía mail está en este momento en fase de informatización. En el año 2023 detectamos un incremento en la notificación de incidentes en relación con errores en la identificación de muestras biológicas. Se realizó el análisis junto con el servicio de anatomía patológica, detectándose como causa de los errores el hecho de que en la historia electrónica se puede abrir simultáneamente la historia de varios pacientes. Esto generaba que el facultativo olvidaba cerrar la historia del paciente previamente atendido y al solicitar la petición de anatomía patológica del paciente actual, por error, utilizaba la pestaña del paciente anterior que no se había cerrado. En 2023 se notificaron un total de 25 errores de identificación de muestra relacionados con este hecho. Como acciones se decidió revisar por completo el circuito de envío y recepción de muestras. Se analizó el circuito con el responsable de calidad de anatomía patológica, el responsable de calidad de endoscopia y el servicio de calidad del centro. Tras dicha revisión se consideró necesario realizar un doble check entre el facultativo y la enfermería de sala. El facultativo solicita las muestras y antes de etiquetar los botes se comprueba en voz alta

con la enfermería que se trata del paciente correcto, del tipo de muestra correcta y de la localización correcta. Esto se plasma en una instrucción técnica que se difunde entre todo el personal. Desde el año 2.024 se han reportado 2 incidentes en relación con errores de identificación de muestra, lo que ha supuesto una notable mejoría. En 2.021 se notifica un incidente de un paciente con mastocitosis que tenía pautada premedicación antes del procedimiento endoscópico y se le realiza el procedimiento sin haber administrado dicha premedicación. No hubo complicaciones con la sedación ni con la endoscopia, pero, tras la notificación se decide instaurar en toda la Sección un check list de procedimientos invasivos en dos tiempos (adaptando el listado de verificación quirúrgica utilizado en quirófano suprimiendo el paso 2 por no considerarse necesario en el procedimiento de trabajo de la endoscopia). Se cumplimenta en la Historia Clínica Electrónica por los miembros del equipo (endoscopista, anestesista y enfermería). Desde la implantación se ha registrado el cumplimiento y se han evitado 18 incidentes de seguridad (3 relacionados con premedicación, 2 con alergias, 2 con necesidad de preparar sangre en reserva, 3 con dispositivos metálicos a retirar, 2 con falta de preparación de material, 6 de inadecuada preparación). El cumplimiento del check list es el que se adjunta: Los cálculos se han realizado a partir de una descarga realizada por sistemas de información de los listados de verificación de procedimientos invasivos completados en Historia Clínica Electrónica de los procedimientos endoscópicos realizadas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022 y 2023. Los denominadores han sido obtenidos de la base de datos de sistemas de información, de todas las endoscopias realizadas entre en 1 de enero y el 31 de diciembre de los años 2022 y 2023, excluyendo aquellas que finalmente no fueron llevadas a cabo y aquellos procedimientos realizados sin sedación. A continuación, se presentan los resultados de la Sección de endoscopia digestiva. Año 2022: Del total de endoscopias (programadas y urgentes), se empleó el listado de verificación en un 85,2% del total (18.370 procedimientos endoscópicos bajo sedación). Globalmente el cumplimiento es bueno y un 70,2% de los listados tenían cumplimentados todos los apartados. Año 2023: Del total de endoscopias (programadas y urgentes), se empleó el listado de verificación en un 82,2% del total (17.094 procedimientos endoscópicos bajo sedación). Globalmente el cumplimiento es bueno y en un 68,2% de los listados estaban completamente rellenos.

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son una de las grandes preocupaciones de la Sección por este motivo cuando en el año 2.022 se notificaron y añadieron al registro de complicaciones 3 casos de fiebre tras la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la misma semana en la Sección. Dado que se salía del estándar, se realiza análisis identificándose que los tres pacientes se habían realizado con el mismo duodenoscopio. Se

retira preventivamente y se realiza cultivo del mismo, siendo positivo para enterococo en la uña de este equipo. Conjuntamente con medicina preventiva, se decide reprocesamiento del endoscopio y nueva toma de muestras del mismo antes de volver a utilizarlo. A raíz de este incidente, se decide realizar cultivo a los endoscopios con uña (duodenoscopios y ecoendoscopios) así como a las lavadoras mensualmente, y al resto de la dotación (de menor riesgo de contaminación y biofilm) trimestralmente. Además, se implanta un sistema digital de trazabilidad del proceso de desinfección (endoscan) que permite saber qué endoscopio se ha utilizado en cada paciente, en qué lavadora se ha reprocesado (y por qué persona) y en qué armario de secado se ha almacenado. En caso de que se identifique una contaminación, permite un rastreo de pacientes que pueden haberse visto afectados, así como un rastreo de los endoscopios, lavadoras y armarios implicados. Adicionalmente a esto, desde la empresa de soporte de nuestros endoscopios se realiza una auditoría trimestral con observación directa y análisis de las averías reportadas difundándose entre el personal para optimizar el cuidado de los endoscopios minimizando daños que puedan implicar un incremento del riesgo de biofilm. Para potenciar la cultura de seguridad e implicar lo máximo posible al personal se realizan mensualmente sesiones de seguridad donde se ponen en común los incidentes más relevantes ocurridos en la sección, así como las acciones implantadas y el seguimiento de la eficacia de las mismas.

Transferibilidad

Tanto el registro de complicaciones, como el check de las canalizaciones, como la realización de doble check médico-enfermería, y el check list de procedimientos invasivos es implantable por cualquier otra unidad con sus propios medios. La trazabilidad digital en el proceso de desinfección depende de la empresa de soporte de los endoscopios y tendría que ser valorado individualmente por cada unidad clínica.

Experiencia 20. “Proyecto de innovación en la detección y reducción de la recurrencia de acontecimientos adversos por medicamentos.”

Autores y colaboradores: *María Rosario Santolaya Perrín, Gonzalo Raguán Yáñez, Ana Ginés Palomares, Gema Baldominos Utrilla, Marta Macías maroto.*

Justificación

Los Acontecimientos Adversos por Medicamentos (AAM) son daños que ocurren como resultado del uso terapéutico de un medicamento, responsables de un alto porcentaje de hospitalizaciones y visitas a urgencias, muchas de las cuales son prevenibles. Este proyecto busca reducir la incidencia de AAM mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación para la detección temprana, enfocándose en diagnósticos alertantes relacionados con AAM a raíz de un caso notificado en el sistema de notificación de errores de medicación CISEMadrid por el farmacéutico de urgencias. El error de medicación notificado fue la hiponatremia que se produjo en un paciente por el uso de eslicarbazepina. Al hacer el análisis causa-raíz del incidente, se puso de manifiesto la necesidad de identificar de forma precoz reacciones adversas relevantes y evitables. A partir de este evento, se planteó la necesidad de establecer un procedimiento sistemático y automatizado que facilitara la identificación de casos similares en el futuro para su prevención. Nace así, este proyecto de innovación de alerta electrónica. La propuesta incluye la implementación de una alerta en la Historia Clínica Electrónica (HCIS) que permitirá a los profesionales sanitarios identificar a los pacientes que han presentado un AAM, mejorando el diagnóstico y tratamiento y reduciendo las hospitalizaciones relacionadas con los mismos. Esta experiencia demuestra la importancia de cómo el uso de sistemas de notificación pueden ser una herramienta clave para promover cambios estructurados y efectivos en los procesos asistenciales, así como la participación del farmacéutico hospitalario en la mejora de la seguridad del paciente.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Los acontecimientos adversos por medicamentos (AAM) son una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias. Según un estudio multicéntrico realizado en hospitales españoles, aproximadamente el 7,35% de los pacientes atendidos en urgencias consultaron por un AAM. Los fármacos antitrombóticos fueron los más implicados, causando el 25,9% de los episodios. Entre los eventos adversos más comunes se encuentran los eventos hemorrágicos (8,1%) y los

episodios de confusión (5,4%). Además, el 23,5% de los pacientes volvieron a consultar en urgencias dentro de los 30 días posteriores al alta, lo que indica la relevancia del problema y la necesidad de estrategias preventivas. Otro estudio encontró que el 7,4% de los pacientes atendidos en urgencias habían consultado por un AAM, con el acenocumarol como el fármaco más frecuentemente implicado. También se observó que el 33% de los pacientes regresaron a urgencias antes de los 30 días del alta. A pesar de su frecuencia, muchos de estos eventos son prevenibles con una adecuada detección y seguimiento clínico, lo que pone de relieve la necesidad de herramientas sistemáticas para su identificación temprana. En nuestro hospital se notificó un incidente de seguridad relacionado con la medicación desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) al sistema de notificación de incidentes de seguridad y errores de medicación institucional CISEMadrid. Este sistema permite realizar una gestión de riesgos completa desde su identificación hasta la evaluación de la efectividad de las medidas puestas en marcha. Al realizar el análisis del incidente, se detectó un fallo potencialmente prevenible en el uso de los medicamentos. En este contexto, un paciente acudió al SUH con un cuadro de hiponatremia grave. La hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuente en urgencias y se considera un diagnóstico alertante. Tras una revisión por parte del farmacéutico de urgencias, se detectó que había iniciado recientemente tratamiento con eslicarbazepina. Esta fue identificada como causa probable del trastorno. La retirada del medicamento provocó la mejoría en el paciente. Esta situación motivó la necesidad de poner en marcha alguna medida que pudiera prevenir la recurrencia de este tipo de eventos adversos. Para ello se impulsó la creación de un sistema de alerta electrónica que permitiera identificar pacientes que han presentado un AAM de forma que no se reintroduzca el fármaco por otro profesional sanitario.

Análisis realizados

El análisis inicial se basó en recoger la información de lo ocurrido para su discusión entre los profesionales implicados. Como consecuencia del cuadro de hiponatremia persistente requirió la administración de sueros salinos como parte de su tratamiento. Cuando el paciente acudió al SUH se realizó el procedimiento habitual de conciliación de la medicación y se prescribió la eslicarbazepina. Durante la entrevista clínica y conciliación de la medicación, el farmacéutico de urgencias identificó que el paciente había iniciado recientemente tratamiento con eslicarbazepina, lo que condujo a considerar una posible causa farmacológica de la hiponatremia y posterior ingreso hospitalario a cargo del servicio de neurología. Para confirmar esta hipótesis, se aplicó el algoritmo de causalidad de Naranjo, que permite cuantificar la probabilidad de que un medicamento haya causado un evento adverso. En este caso, se obtuvo una puntuación total de 4, lo que clasifica la relación como “probable”. Este análisis incluyó la evaluación de la relación

temporal entre el inicio del fármaco y la aparición del evento adverso, la mejoría clínica tras su retirada y la exclusión de otras causas posibles.

Este caso sentó las bases para estructurar un análisis sistemático de AAM en el hospital mediante un sistema de alerta electrónica. En fases posteriores del proyecto, se están revisando sistemáticamente las historias clínicas de pacientes atendidos en el SUH para detectar signos clínicos compatibles con AAM. Cada caso identificado se analiza utilizando el algoritmo de Naranjo, lo que permite establecer la causalidad y validar la utilidad diagnóstica del sistema de alerta. También se lleva un registro interno de casos identificados, con un seguimiento mensual para evaluar la evolución de los pacientes.

Objetivos

El objetivo principal de este proyecto es mejorar el diagnóstico de los pacientes que acuden al SUH y hospitalización mediante la creación y asignación de una alerta en la historia clínica electrónica, la cual permitirá identificar a los pacientes que han tenido episodios previos con diagnósticos alertantes de probable causa farmacológica. El objetivo secundario es demostrar cómo la gestión de incidentes de seguridad puede ayudar a transformar la asistencia con mejoras efectivas. Asimismo, el proyecto permitirá promover un enfoque multidisciplinar entre los servicios médicos, equipo de enfermería y el Servicio de Farmacia (SF) para garantizar una revisión exhaustiva de los tratamientos farmacológicos, optimizando la seguridad del paciente y reduciendo el riesgo de presentar eventos adversos. Además, este sistema permite dejar constancia en la historia clínica del medicamento implicado, evitando que otros profesionales vuelvan a prescribirlo al mismo paciente en futuros actos asistenciales.

Actuaciones realizadas

Estructura en tres fases:

- Fase I: Desarrollo e Implementación de la Alerta en la historia clínica electrónica . Se constituyó un grupo de trabajo con todos los servicios implicados para el análisis del evento adverso y la propuesta de soluciones. La primera acción fue la coordinación con el Servicio de Informática para la creación y configuración de la alerta en la historia clínica electrónica. La alerta, a la que hemos llamado “código medicamento” dispone de un campo de observaciones para indicar el AAM y el medicamento implicado.
- Fase II: Identificación de Pacientes. Todos los profesionales pueden asignar la alerta en caso de sospecha de AAM. Los farmacéuticos de urgencias revisarán las historias clínicas e identificarán AAM que han causado visita a urgencias de manera sistemática de lunes a viernes, esto contribuirá a que la cultura de asignación de la alerta se extienda a otros

profesionales. Posteriormente, se aplicará el algoritmo de Naranjo para determinar la causalidad del AAM.

- Fase III: Validación del Proceso - Se analizan los datos para evaluar la efectividad de la alerta en la identificación y prevención de AAM, proporcionando información valiosa sobre la seguridad y eficacia del proceso implementado. Se utiliza un diseño cuasi-experimental pre-post sin grupo control, analizando la frecuencia mensual de AAM identificados y su evolución temporal. Adicionalmente, se calcula la proporción de casos validados mediante el algoritmo de Naranjo para estimar la utilidad diagnóstica de la alerta. Los resultados permitirán valorar la eficacia del sistema implantado en términos de detección precoz y prevención.

Calendario previsto

- Fase I: 1 mes para el desarrollo e implementación de la alerta en la HCIS. Fase realizada.
- Fase II: 6 meses de identificación y revisión de los pacientes en el SUH. Actualmente en implementación, con 46 pacientes identificados según la base de datos creada ad hoc para el proyecto.
- Fase III: 3 meses para análisis y ajustes tras evaluación de resultados.

Organización del Estudio

El proyecto está siendo liderado por el servicio de farmacia del hospital, con la colaboración de servicios médicos como el de urgencias, equipos de enfermería del SUH y el servicio de Informática. Cada fase del proyecto estará supervisada por los farmacéuticos de urgencias para garantizar la calidad y el cumplimiento de los objetivos.

Limitaciones y Posibles Sesgos

Las principales limitaciones incluyen la dependencia de la infraestructura tecnológica disponible y la posible variabilidad en la interpretación de los diagnósticos alertantes. Además, el sesgo en la selección de pacientes podría surgir si ciertos grupos de pacientes son menos propensos a ser identificados debido a características clínicas no documentadas adecuadamente en las historias clínicas.

Problemas Éticos

El proyecto se adhiere a los principios éticos asistenciales, sin acceso a datos más allá del entorno clínico habitual. La información de los pacientes se gestiona bajo las normas de confidencialidad y protección de datos, garantizando el respeto a la autonomía y la privacidad del paciente.

Presupuesto: este proyecto no cuenta con un presupuesto específico asignado. Diferentes servicios del hospital son clave para garantizar el éxito del proyecto sin necesidad de inversión adicional.

Actividades de difusión realizadas

- Jornada Día Mundial de la Seguridad del Paciente en el hospital (17 septiembre 2024). Se presentó el Proyecto como buena práctica en seguridad del paciente y recibió el Premio a la mejor Idea. Tuvo una gran acogida por parte de los profesionales y gerencia del hospital.
- Sesión informativa: se llevó a cabo una sesión dirigida a los profesionales sanitarios del SUH, donde se presentaron incidentes, la alerta creada y su procedimiento. Se resolvieron dudas y pusieron ejemplos prácticos de las situaciones donde se podía activar la alerta.
- Se realizará un cronograma de sesiones en abril/mayo del proyecto con otros servicios como geriatría, medicina interna, etc., para dar a conocer en profundidad el proyecto y mejorar el uso de la alerta.
- Presentación en el Curso Gestión Integral del Medicamento en los servicios de Urgencias (GIMUR) a profesionales médicos, enfermeros y farmacéuticos, recibiendo el Premio al mejor caso clínico presentado.
- Publicación de un resumen del proyecto en la intranet corporativa del hospital.

Impacto

Impacto (con datos): En la Fase II (actualmente en marcha), ya se han identificado 46 pacientes con potencial de AAM. Está pendiente aplicar el algoritmo de Naranjo para ver la causalidad entre fármaco y AAM. Actualmente se ha asignado la alerta a 23 pacientes. En próximas fases del proyecto se evaluarán los resultados de la implementación de la alerta de los AAM. Se adjunta una lista fármacos – AAM detectados (algunos duplicados*):

- A – Tracto alimentario y metabolismo
 - A10BA02 – Metformina– Acidosis láctica
 - A10BK01 – Dapagliflozina– Hipoglucemia
 - A16AA06 – Desmopresina– Hiponatremia
 - A14AB – Abaloparatida– Hipercalcemia
- B – Sangre y órganos hematopoyéticos
 - B01AA07 – Acenocumarol – Hematuria
 - B01AF02 – Apixabán– Epistaxis

- B01AC24 – Ticagrelor– Disnea
- C – Sistema cardiovascular
 - C01AA05 – Digoxina– Bradicardia
 - C02CA04 – Doxazosina– Hipotensión ortostática
 - C08DA01 – Verapamilo – Presíncope
 - C03DA01 – Espironolactona*– Hiperpotasemia
 - C03AA – Tiazidas– Hiponatremia
- N – Sistema nervioso
 - N02AA01 – Morfina*– Somnolencia, Estreñimiento
 - N02AX02 – Tramadol– Vómitos
 - N03AF02 – Oxcarbazepina– Hiponatremia
 - N05AL01 – Sulpirida – Disonía
- L – Antineoplásicos e inmunomoduladores
 - L04AX06 – Pomalidomida (inmunomodulador) – Estreñimiento
 - L01XE31 – Nintedanib (antineoplásico / antifibrótico) – Diarrea
- M – Sistema musculoesquelético
 - M01A – AINEs* (grupo general) – Hemorragia digestiva, Úlcera gástrica

De estos pacientes que acudieron a los SUH por un AAM, el 30,4% (n=7) ingresaron en plantas de hospitalización. Un 4,3% (n=1) de los pacientes, acudió a SUH una segunda vez por el mismo motivo en el periodo de estudio (paciente con fármaco con imposibilidad de interrupción).

Transferibilidad

Los resultados de este proyecto contribuirán a reducir eventos adversos relacionados con el uso de los medicamentos desde el SUH, mejorar la atención clínica y reforzar la importancia de la colaboración de los profesionales en equipos multidisciplinares, destacando el papel del farmacéutico hospitalario. La metodología utilizada tiene un alto potencial para ser replicada en otros entornos hospitalarios, optimizando la atención en la identificación de AAM a nivel nacional e internacional. La creación de la alerta en la historia clínica electrónica y el establecimiento de un procedimiento para su revisión dentro de la conciliación de la medicación del paciente puede ser aplicado sin recursos adicionales costosos en la mayoría de los hospitales.



Icono alerta Acontecimiento Adverso por Medicamento en historia clínica electrónica.

Experiencia 21. “Seguridad del paciente y alergias medicamentosas: experiencia en la identificación visual con etiqueta adhesiva en pulsera de identificación”

Autores y colaboradores: *Bárbara Martínez de Miguel, María Angélica Rivera Núñez, Ivon Y. Rivera Deras, Leire Eguzkitza Ezponda, Antonia Egido Fernández, Ana Esther Callejón Martín, Carmen Salvador Carrillo, Santiago Pecos Arroyo, Mar Jiménez Ramal, Carmen Bautista Reina, Francisco Sanz Segovia, Mar Martín Cadenas, Carmen Hernández Gancedo, Almudena Quintás Viqueira, María Victoria Caldera Álvarez, Víctor Cornejo del Río, M Pilar Durán De La Fuente, Inés Rubio Pérez, Covadonga Mendieta Azcona, Susana Ayuela García, Miguel Antonio De Blas Chie, s Rafael Uña Orejón, Yuri Fabiola Villán Villán, Carmen Sobrino Jiménez, Cristina Jimenez Núñez, Pilar Cámara Contreras, Mirian Dueñas Román, Bárbara Martínez De Miguel, Concepción Murillo Gayo, Marta Moro Agud, Inés Narrillo Martin, Belén García Cuevas Flores, Elena Ramirez.*

Justificación

Los errores de medicación en pacientes con alergias conocidas representan uno de los eventos adversos más prevenibles en el entorno hospitalario. En el Hospital Universitario La Paz, durante el año 2024, se recibieron un total de 13 notificaciones en el sistema CISEMadrid relacionadas con errores de medicación en pacientes con alergias farmacológicas y al uso de medios de contraste. De ellas, 4 estuvieron asociadas a la ausencia de registro de alergias, y 6 a la prescripción de fármacos a los cuales el paciente ya se sabía alérgico. Estos datos pusieron de manifiesto una necesidad urgente de intervención. Con el objetivo de evitar nuevos eventos adversos y mejorar la identificación de estos pacientes, se desarrolló e implementó un protocolo

institucional de identificación visual mediante una pegatina adhesiva amarilla con la palabra “ALERGIA”, colocada en la pulsera identificativa del paciente. Esta medida permite alertar de manera inmediata al personal sanitario sobre la presencia de alergias, incluso en situaciones de urgencia o alta rotación de profesionales. Tras la implementación progresiva de esta intervención, se ha logrado un impacto directo: durante el primer trimestre de 2025 no se ha notificado ningún error de medicación relacionado con alergias en el hospital. Esta experiencia demuestra la efectividad de estrategias visuales sencillas, pero sistemáticas, para incrementar la seguridad del paciente, prevenir errores graves y reforzar una cultura de prevención activa.

Contenido de la experiencia

Introducción

La seguridad del paciente es uno de los pilares fundamentales de la calidad asistencial. Los errores en la administración de medicamentos a personas con alergias pueden tener consecuencias graves e incluso fatales. Diversas estrategias han sido promovidas por organismos internacionales como la OMS para minimizar estos riesgos. Una de las más eficaces ha sido la identificación visual estandarizada de pacientes con riesgo, a través de etiquetas de colores visibles.

Descripción del problema

En 2024, el análisis de las notificaciones recogidas en CISEMadrid mostró 13 errores de medicación relacionados con alergias:

- 4 casos por falta de registro de alergias en la historia clínica.
- 6 casos por prescripción errónea de medicamentos contraindicados por alergia.
- 3 casos por errores de administración sin verificación previa del estado alérgico. Estos errores podrían haberse evitado con una mejor señalización visual del estado de alergias del paciente.

Objetivos

- Mejorar la identificación de pacientes con alergias medicamentosas.
- Reducir los errores de medicación derivados de omisiones o fallos de verificación.
- Implementar un sistema visual de alerta inmediata en todas las unidades asistenciales.
- Promover la formación del personal en medidas preventivas de seguridad del paciente.

Actuaciones realizadas

- Se desarrolló un protocolo institucional de identificación de pacientes alérgicos, centrado en: Colocación de una pegatina amarilla con la palabra “ALERGIA” en la pulsera del paciente.
- Establecimiento de responsabilidades específicas para médicos, enfermería, TCAE y supervisores.
- Verificación triple en pacientes con alergia: revisión visual, historia clínica y sistema informático.
- Incorporación del protocolo a las unidades quirúrgicas, médicas, UCI y urgencias, en fases. El desarrollo fue liderado por grupos de trabajo de cirugía segura, uso seguro del medicamento y el grupo de seguridad del paciente del Hospital Cantoblanco.

Evaluación del cumplimiento Se definieron los siguientes indicadores:

- Tasa de adhesión al protocolo (>80% como meta).
- Eventos centinela por alergias medicamentosas (meta: cero).
- Tasa de notificaciones post-implementación.

Resultados: en el primer trimestre de 2025 no se han notificado errores de medicación relacionados con alergias en el hospital, lo que supone una mejora inmediata respecto a los 13 casos en 2024.

Impacto

- Eliminación de errores en el primer trimestre de 2025.
- Mayor concienciación entre profesionales sobre la verificación de alergias.
- Mejora del registro en historia clínica y uso adecuado de sistemas informáticos.
- Facilidad de implementación: bajo coste, replicabilidad inmediata.
- Mejora en la percepción de seguridad por parte del paciente.

Transferibilidad

Esta estrategia es fácilmente replicable en otros hospitales del sistema sanitario. Requiere formación mínima, un coste muy bajo (pegatinas estándar) y se adapta a cualquier unidad asistencial. Se puede combinar con protocolos de verificación previos y sistemas electrónicos para maximizar su eficacia. El impacto inmediato observado refuerza su aplicabilidad como modelo de éxito transferible.

Conclusiones

La implementación de una señalización visual clara en la pulsera identificativa del paciente ha demostrado ser eficaz para prevenir errores de medicación por alergias. El protocolo ha tenido un impacto directo, eliminando las notificaciones por este tipo de errores en el primer trimestre de 2025. Esta experiencia es ejemplo de cómo soluciones simples pueden generar grandes avances en la seguridad del paciente.

Su implementación progresiva y sistemática en todo el hospital ha sido clave para el éxito.



Experiencia 22. “De SINOIRES a CISEM Madrid: experiencia del cambio de sistema de notificación y su impacto”

Autores y colaboradores: *Maria Angélica Rivera Niñez, Irene Iniesta González, Ana Souto Novas, M^a Luisa Cabildo Fajardo, Juan Vicente Serrano Lorente, Alberto Martín Vega, Teresa Del Rosal Rabés, Paula Hidalgo Gutiérrez, Gemma Yagüe, Yuri Villan Villan.*

Justificación

En 2024, el Hospital Universitario La Paz vivió un cambio crucial en la estrategia de seguridad del paciente con la migración del sistema propio de notificación de incidentes SINOIRES al sistema corporativo CISEM Madrid. Esta transición supuso un reto organizativo significativo, dado que SINOIRES venía funcionando desde 2014 y había contribuido a consolidar una cultura de notificación robusta. La integración con CISEM Madrid, plataforma oficial del Servicio Madrileño de Salud, se planteó como una oportunidad para reforzar la interoperabilidad con otros centros y fortalecer el análisis regional y nacional de los incidentes. Uno de los riesgos percibidos era la posible caída en la tasa de notificación durante la transición. Sin embargo, los datos revelan que se mantuvo el volumen de incidentes notificados: 1145 en 2023 (SINOIRES) frente a 1224 en 2024 (CISEM Madrid). Este resultado pone en valor el esfuerzo coordinado realizado en la

formación y acompañamiento de los profesionales durante el cambio. A pesar del logro cuantitativo, se identifican áreas de mejora importantes: solo el 71,7% de los incidentes fueron validados, y el 31% derivó en acciones correctoras. Estos datos evidencian la necesidad de avanzar en el análisis y en la retroalimentación como elementos esenciales del sistema. Además, se destaca la relevancia de fomentar la notificación de riesgos y cuasi-incidentes como indicador de una cultura madura de seguridad. Este cambio de plataforma no ha sido solo tecnológico, sino también cultural, y su sostenibilidad dependerá de la consolidación de acciones que fortalezcan el aprendizaje organizativo.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Desde 2014, el sistema de notificación interna SINOIRES facilitaba la recogida y análisis de incidentes relacionados con la seguridad del paciente y errores de medicación. En 2023 se tomó la decisión institucional de migrar a CISEMadrid, buscando:

- Unificar la notificación con el resto de hospitales del SERMAS.
- Acceder a análisis integrados y comparativos.
- Reducir la fragmentación de los sistemas de seguridad.

Este cambio implicó una reorganización de flujos, capacitación del personal y adecuación de procesos. Se asumía el riesgo de pérdida de cultura de seguridad o disminución en la notificación.

Objetivos

- Integrar completamente CISEMadrid como plataforma única de notificación en el hospital
- Mantener el nivel de notificaciones alcanzado con SINOIRES
- Identificar y analizar los factores contribuyentes de los incidentes notificados
- Implementar acciones correctoras derivadas de los análisis
- Reforzar la cultura de seguridad y la participación activa de los profesionales

Análisis de resultados (CISEMadrid2024)

Notificaciones totales: 1224

Incidentes relacionados con errores de medicación: $\frac{1}{3}$ del total (principalmente dosis incorrecta, omisión o duplicidad).

Distribución por edad: mayor frecuencia en 70 años.

Tipo de daño:

- Cuasi-incidentes: 49,75%
- Incidentes sin daño: 34,54%
- Eventos adversos: 10,13%
- En errores de medicación, destaca 0,25% con desenlace mortal.

Factores contribuyentes más frecuentes:

- Lapsus o despiste (30,86%)
- Fallo en conciliación al ingreso (16,05%)
- Falta de conocimiento o formación (14,3%)
- Factores organizativos (43,42%)
- Condiciones de trabajo (33%)

Impacto del cambio

A pesar del cambio de sistema:

- Se mantuvo la cantidad de notificaciones.
- Se fortaleció la trazabilidad y la interoperabilidad regional.
- Se logró una validación del 71,7% de los eventos.
- Un 31% generó acciones correctoras (total:
 - Esto muestra que el cambio no debilitó la cultura de seguridad, sino que creó nuevas oportunidades de mejora.

Acciones realizadas para facilitar el cambio

Campañas de comunicación interna.

Formación presencial y online sobre uso de CISEMadrid.

Acompañamiento personalizado desde UFGR.

Inclusión de CISEMadrid en la formación de nuevos residentes y nuevas incorporaciones.

Áreas de mejora detectadas

Aumentar el análisis y seguimiento de las notificaciones

Mejorar la visibilidad de las acciones correctoras adoptadas

Disminuir la proporción de errores de medicación que llegan al paciente

Reforzar la capacitación en conciliación de medicación y verificación

Propuestas de mejora

Priorizar la seguridad en menores de 5 años y mayores de 70.

Reforzar la gestión organizativa como foco de los incidentes más frecuentes.

Implementar sesiones de formación en trabajo en equipo y comunicación.

Fomentar la notificación de riesgos y cuasi-incidentes como indicador proactivo.

Potenciar el análisis y seguimiento de cada notificación.

Desarrollar indicadores de cultura de seguridad por servicios.

Explorar herramientas digitales (IA, triggers, paneles de riesgo).

Transferibilidad

El proceso de cambio de sistema puede servir de modelo a otros centros en fases similares. La clave del éxito estuvo en el enfoque estratégico, el liderazgo del equipo de seguridad, y la comunicación con los profesionales. La plataforma CISEMadrid, al ser compartida regionalmente, permite una comparación entre hospitales y el aprendizaje intercentro, lo que refuerza el potencial de replicabilidad.

Experiencia 23. “Estrategias Multidisciplinares para la Mejora de la Seguridad del Paciente en el Hospital de Día Médico”

Autores y colaboradores: *Carolina Ruiz Entrecanales, Dolors Montserrat Capella, Pablo Cazallo Navarro, Laura Delgado Téllez de Cepeda, Marta Manso Manrique, M^a José Duro Mancheño, Ainhoa Del Coto Mielgo, Roberto Fernández García, M^a José López Coca, Ana Isabel Ruiz Casado, Almudena De Laiglesia Lorenzo, Amelia Sánchez Guerrero, Concepción García González.*

Justificación

El riesgo asociado a la asistencia sanitaria, especialmente los errores de medicación (EM), es un problema crítico, con repercusiones personales, asistenciales y económicas. Las prácticas poco seguras de medicación y los EM son una de las principales causas de daños evitables en los sistemas sanitarios a nivel mundial. Estos errores pueden ocurrir en diferentes etapas del proceso de manejo y uso de medicamentos, desde la selección hasta el registro y monitorización, y suelen proceder tanto de deficiencias del sistema como de factores humanos. La seguridad de los pacientes es un objetivo prioritario de las organizaciones sanitarias. Esto requiere implantar una cultura de seguridad que fomente la notificación, análisis y prevención de incidentes. En nuestra comunidad, la plataforma CISEM permite registrar, abordar y seguir dichos incidentes. La seguridad en la medicación es un desafío clave en el entorno hospitalario, especialmente en áreas de alta complejidad como el Hospital de Día Médico (HDDM). Nuestro hospital experimentó un notable incremento en la actividad del HDDM, pasando de 22.238 procedimientos realizados en 2018 a 30.752 en 2024. Paralelamente, se produjo un aumento en el número de preparaciones farmacéuticas, pasando de 58.639 en 2018 a 110.584 en 2024. En 2021, se detectó un aumento del número de notificaciones de EM en CISEM, de 1 en 2018 (0,53% del total de notificaciones de EM) a 50 en 2021 (23,82% del total). Para abordarlo, se creó un grupo de seguridad específico de la Unidad con la finalidad de recopilar y analizar las notificaciones de seguridad y poner en marcha estrategias correctivas y preventivas para minimizar futuros errores. En este trabajo se presentarán las actuaciones realizadas por parte del grupo de seguridad del HDDM y del hospital, en línea con el tercer reto por la seguridad del paciente de la OMS: "Medicación sin daño".

Contenido de la experiencia

En el HDDM, el incremento de pacientes oncohematológicos, 13.062 pacientes de oncología médica (ONC), 4.968 de hematología (HEM) y 459 de oncología radioterápica (ONR) en 2021, frente a 15.035 ONC, 6.142 HEM y 681 ONR en 2024, llevó a un aumento sostenido en las preparaciones de medicamentos, tanto peligrosos como no peligrosos: De 58.639 en 2018 a 110.584 en 2024 (incremento de +88%). De esas preparaciones correspondían a medicamentos peligrosos: 22.891 en 2018, 33.730 en 2024 (+47% de incremento). Paralelamente aumentaron las notificaciones realizadas en CISEM: 1 en 2018, 0 en 2019, 36 en 2020, 50 en 2021, 344 en 2022, relacionadas con la prescripción, validación, preparación y administración de medicamentos, así como con la organización de citas. En respuesta al creciente número de notificaciones de seguridad, se consideró prioritario establecer un grupo de seguridad ad hoc en

el HDDM con el objetivo de analizar estos incidentes y desarrollar medidas correctoras y preventivas efectivas.

Funciones del grupo de trabajo:

- Recopilar y analizar sistemáticamente las notificaciones de seguridad sobre EM, identificando patrones y factores contribuyentes.
- Diseñar e implementar estrategias correctivas y preventivas para minimizar la probabilidad de futuros errores.
- Promover la cultura de seguridad, facilitando la comunicación entre los profesionales y fomentando la notificación de incidentes sin temor a represalias.
- Evaluar continuamente la efectividad de las medidas implementadas y realizar ajustes según sea necesario.
- Promover la colaboración multidisciplinar, estableciendo un canal de comunicación abierto para abordar problemas de seguridad de manera integral.
- Optimizar la gestión organizativa para mejorar la eficiencia y reducir los riesgos.

Para garantizar un enfoque integral, el grupo de seguridad se constituyó con la participación de:

- Profesionales del servicio de Farmacia: Responsable de Seguridad, Supervisor, Farmacéutico y enfermera.
- Responsables de seguridad de los servicios más prescriptores involucrados en la generación de órdenes médicas y la gestión terapéutica (ONC y HEM).
- Supervisora de enfermería y responsable de seguridad del HDDM.
- Unidad de Calidad.
- Representante de la Dirección de Enfermería.

El equipo estableció reuniones periódicas y al menos se reunió dos veces al año realizando acta de la reunión. Dado que los incidentes analizados presentaban una naturaleza diversa, el grupo de seguridad estableció criterios de priorización con el fin de intervenir, en primera instancia, sobre aquellos cuya resolución:

- Pudiera generar un mayor impacto positivo en la seguridad del paciente.
- Fuera más viable con los recursos disponibles.

- Correspondiese a eventos de mayor frecuencia o recurrencia.

El análisis se centró en los EM reportados en CISEM y se identificaron los siguientes problemas:

I. Gestión organizativa.

- Problema: Problemas con las citas. Pacientes mal citados o citados bien, pero con retraso importante en la atención.
- Causas: La asignación de citas y la duración estimada de los tratamientos estaban infradimensionadas, lo que provocaba retrasos y posibles interrupciones en la administración de terapias prolongadas.
- Medidas: Se llevó a cabo una revisión integral de estos tiempos con todos los asistentes para ajustar las citas de manera más precisa revisando la duración de administración de medicamentos y reorganizando las agendas previo consenso con los Servicios prescriptores. Se crearon dos agendas de citas diferentes: una para pacientes oncohematológicos (MED1) y otra para el resto de pacientes que acuden al HDDM (MED2).

- Problema: Retraso en la disponibilidad de tratamientos. Los pacientes enfrentaban un tiempo de espera promedio de 2 horas antes de recibir el tratamiento.
- Causas: Aumento de la demanda y del número de tratamientos.
- Medidas: Revisión y validación precoz desde el servicio de Farmacia de los tratamientos. Se modificó la premedicación a vía oral siempre que se pudo y así se disminuyeron los tiempos de tratamiento.

- Problema: Heterogeneidad de las cargas de trabajo según la franja horaria.
- Causas: La organización de actividades en el HDDM presentaba un desequilibrio en la demanda de tratamientos, con una sobrecarga en ciertas franjas horarias y una infrautilización en otras.
- Medidas: se redistribuyeron las actividades para evitar sobrecarga en ciertas horas y mejorar la utilización en períodos menos demandados. Se realizó una redistribución de tratamientos por franjas horarias priorizando los tratamientos cortos entre 8:00 y 10:00 y después de 16:00 horas para mejorar la eficiencia y se crearon dos agendas, una de ellas exclusivamente para tratamientos de oncohematología y otra para el resto de especialidades que derivan a HDDM. Se actualizaron, en los protocolos de ambas especialidades, los tiempos de administración para que fuera más fácil asignar hueco en la agenda a la hora de citar al paciente. Se revisaron igualmente las actividades de los profesionales para adaptarlas a las necesidades de servicio reduciendo tiempos muertos en la gestión informática.

- Problema: Imprevistos surgidos en la atención y que requerían una reorganización.
- Causas: Urgencias de pacientes que acudían a consultas y precisaban tratamiento urgente.
- Medidas: se decidió establecer una comunicación directa, vía telefónica, de la Supervisora de la Unidad con el prescriptor del tratamiento para citar al paciente en un hueco adecuado de la agenda.

- Problema: Factores humanos. Elevada rotación del personal, tanto de la Unidad de Farmacia como del HDDM lo que puede aumentar el riesgo de incidentes de seguridad, tanto en la preparación como en la administración, con una dificultad añadida como es el manejar medicación de alto riesgo.
- Causas: resolución de las OPE y los procesos de consolidación de empleo que se han producido en la Comunidad en los últimos años.
- Medidas:
 - En el Servicio de Farmacia se protocolizó e implantó un plan de formación para los profesionales de nueva incorporación (personal de Enfermería y técnicos de Farmacia) que variaba, en función de la categoría profesional, entre 3 y 5 semanas mínimo. La formación incluía contenidos teóricos y prácticos, y finalizaba con una evaluación de la adquisición de competencias.
 - En el HDDM se estableció una formación al incorporarse a la Unidad mediante un procedimiento de acogida, además de la realización de sesiones formativas y de seguridad sobre temas relacionados con la asistencia diaria y los incidentes de seguridad. A petición de la Supervisora, se fomentó y facilitó formación continuada dirigida a profesionales seleccionados, en función de las necesidades detectadas, abordando temas clave como la actuación ante una parada cardiorrespiratoria.

II. Medicación.

- Problema: Problemas en la prescripción.
- Causas: Desconocimiento del proceso de prescripción en la plataforma utilizada (Farmatools)
- Medidas: formación a los profesionales prescriptores. Desde el Servicio de Farmacia se impartió formación a los servicios prescriptores acudiendo a las sesiones clínicas de los mismos. Les proporcionaron una hoja informativa adaptada a las prescripciones de cada Servicio. Acudieron a 13 Servicios. A partir de la formación los problemas se trataron de forma individual con los médicos prescriptores.

- Problema: Protocolos de Farmatools poco claros que daban lugar a error.
 - Causas: El manejo de los medicamentos requirió el establecimiento de circuitos y procedimientos normalizados de trabajo. El Servicio de Farmacia tenía definidos protocolos para la administración de medicación en pacientes ambulatorios según patologías, (actualmente hay 1772). Precisarón revisiones y actualizaciones que no se habían hecho por aumento de carga asistencial.
 - Medidas: Se actualizaron los protocolos de uso frecuente progresivamente, según se detectaron las pautas que podían inducir a error. Se dio prioridad a tratamientos de ONC y HEM al ser los tratamientos más frecuentes, con elevada toxicidad y estrecho margen terapéutico.
-
- Problema: Falta de prescripción y validación de los tratamientos
 - Causas: Desconocimiento del proceso de prescripción en Farmatools. Pacientes que acudían varias veces a tratamiento y sólo se hacía la primera prescripción o había cambios en la dosis que no se reflejaban en la misma.
 - Medidas: Además de la formación impartida, se decidió que se revisarían las prescripciones desde el Servicio de Farmacia validando los tratamientos que no estuviesen validados. La creación de dos agendas de citas facilitó la gestión al permitir adelantar la revisión de todas las citas programadas en la agenda MED2, y, en el caso de la agenda MED1, aquellas que no dependían de los resultados de la revisión del mismo día.
-
- Problema: Retraso en la preparación de medicación.
 - Causas: Debido al aumento del número de preparaciones diarias, la rotación de personal y el tipo de medicamentos a preparar.
 - Medidas: Se implantó un programa de trazabilidad informática en la preparación de tratamientos. Este sistema se implementó en cerca del 90 % de las preparaciones que se realizaban en el área. No se elaboraron mediante este sistema los ensayos clínicos, medicamentos en situación especial o tratamientos intratecales. Se adaptaron las cabinas con los ordenadores y balanzas necesarias incorporándose un módulo informático que garantizaba que se preparase el medicamento correcto mediante la verificación por lectura de código de barras, tanto del medicamento como del suero diluyente, y la preparación de la dosis correcta del medicamento mediante pesada del producto final. El programa incrementó la seguridad del proceso.

- Problema: errores de administración.
- Causas: variabilidad en la prescripción de la premedicación de los tratamientos, variabilidad en la prescripción de la velocidad de administración en función del servicio prescriptor y problemas de interpretación de la prescripción al estar hecha en ml/Kg de peso, llevando en ocasiones a dificultades por no tener el dato del peso.
- Medidas:
 - Revisión de la premedicación en los procedimientos de Farmatools.
 - Creación de dos protocolos diferentes de administración en Farmatools para el mismo medicamento, en función del servicio prescriptor.
 - Cambio de la prescripción en Farmatools, pasando de prescribir en ml/kg a sólo ml.
 - Desarrollo de un proyecto de administración segura con bombas inteligentes, bombas de infusión convencionales a las que se añadió un software de seguridad con biblioteca de fármacos y un sistema para establecer límites de seguridad (está aún en proceso de desarrollo).

III. Comunicación.

- Problema: Dificultad para contactar con el médico responsable del paciente en caso de duda o incidencia.
- Causas: La comunicación, cuando resultaba necesaria, se realizaba a través del busca del especialista de guardia, quien no era el médico responsable. Además, el protocolo de Farmatools no incluía el nombre de dicho responsable, lo que dificultaba la resolución de las incidencias.
- Medidas: Se habló con Farmatools para incluir en la hoja de tratamiento de cada paciente el nombre del profesional que lo había validado y saber con quién comunicarse en caso de incidencia.

IV. Notificación en CISEM.

- Problema: Calidad de las notificaciones
- Causas: Durante 2022 se detectó un aumento muy importante de notificaciones pasando de 50 en 2021 a 344 en 2022. Al analizarlo se observó que era debido a incidentes que se repitieron en varios pacientes, el mismo día y en días diferentes, realizando una notificación por cada paciente y día. La notificación repetida múltiples veces del mismo incidente hacía que se dedicase mucho tiempo a su revisión y clasificación pudiendo perder de vista otros incidentes que podían suponer mayor riesgo para el paciente. Se notificaron 23

extravasaciones en CISEM a lo largo de 2022, 3 ocurridas en domicilio y 20 durante la administración en la Unidad, estas últimas todas ocurridas utilizando una vía periférica.

- Medidas: Se revisó con los responsables de la notificación la indicación de no notificar el mismo incidente por cada paciente, se trató igualmente en las reuniones de responsables de seguridad la calidad de las notificaciones. Existía un formulario en la historia clínica electrónica para el registro de las extravasaciones y las medidas adoptadas. El formulario indicaba las medidas sugeridas en cada caso. Se trabajó en el registro en dicho formulario y en un protocolo de medidas de prevención así como en la indicación de no administrar medicamentos vesicantes por vías periféricas.

V. Percepción.

- Problema: Desconocimiento de la percepción de los usuarios de HDDM de la atención proporcionada y seguridad de la misma.
- Causas: Falta de información específica.
- Medidas: Implantación del Net Promoter Score (NPS) como indicador de experiencia del paciente en la Unidad.

- Problema: Baja percepción del nivel de seguridad de la Unidad por parte de los profesionales de la misma.
- Causas: Sobrecarga de trabajo y rotación del personal.
- Medidas: Formación al personal de nueva incorporación. Se trabajó en reforzar la cultura de seguridad de los profesionales.

Ante la dificultad de solución de algunos problemas se consideró necesario la implantación de una ronda de seguridad en la Unidad. Se realizará en 2025.

➤ Datos de actividad:

- Procedimientos y técnicas realizadas en HDDM: 2018: 22238; 2019: 23777; 2020: 23379; 2021: 25521; 2022: 27234; 2023: 27785; 2024: 30752.
- 58639 preparaciones totales en 2018; 2019: 73993; 2020: 83287; 2021: 90544; 2022: 93426; 2023: 100933 y 2024: 110584.
- Preparaciones de medicamentos peligrosos: 2018: 22891; 2019: 24632; 2020: 23871; 2021: 28425; 2022: 29690; 2023: 31768 y 33730 en 2024

➤ Resultados:

Desde 2021 se han realizado 16 reuniones: 8 en 2021; 2022: 2; 2023: 2; 2024: 3; 2025: 1. En cada reunión se revisó el estado de los temas tratados en la reunión anterior y las notificaciones nuevas.

1. Análisis CISEM.

1.1. Según el tipo de notificación.

- Disminución en el número de notificaciones realizadas en CISEM relacionadas con la omisión de medicamentos en la prescripción, de 7 en 2021; 2022: 270; 2023: 148; a 4 en 2024.
- Aumento de las notificaciones relacionadas con la duplicidad de medicamentos para disminuir en 2024 sin alcanzar valores previos: 2021:4; 2022: 13; 2023: 19 y 5 en 2024.
- La velocidad de administración incorrecta experimentó una disminución de notificaciones, pero en 2024 se ha producido un repunte: 9 en 2021; 2022: 4; 2023: 4; 2024:13.
- Aumento de notificaciones relacionadas con error en la dosis: 2021: 7; 2022: 21; 2023: 12; 2024: 43.

1.2. Según la causa.

- La causa más frecuente de EM fue el incumplimiento de procedimientos, con un pico de 263 errores en 2022; tendencia descendente desde entonces: 2021:10; 2022: 263; 2023: 144; 2024: 19.
- Aumento en el número de notificaciones relacionadas con la falta de conocimiento o formación hasta 2023, seguido de una ligera disminución en 2024. En 2021 se registraron 2 notificaciones, en 2022 fueron 5, en 2023 ascendieron a 11 y en 2024 descendieron a 7.
- Lapsus o despistes: tendencia ascendente constante, alcanzando su punto más alto en 2024. En 2021 se registraron 18 casos, en 2022 fueron 40, en 2023 ascendieron a 52 y en 2024 llegaron a 70.

1.3 Según la etapa en la que se produce:

- La etapa más crítica fue la prescripción, con un máximo de 311 errores en 2022. Mejora sostenida en años posteriores : 2021: 30; 2022: 311; 2023: 176; 2024: 45.
- Validación: se produjo un aumento de notificaciones desde 2018 hasta 2023, con un pico en ese último año, seguido de una caída en 2024: 2021:3; 2022: 3; 2023: 9; 2024: 4.
- Administración: pico de notificaciones en 2023 seguido de una reducción en 2024: 2021: 9; 2022: 10; 2023: 26; 2024: 11.
- Aumento significativo del número de notificaciones relacionadas con la elaboración (debido fundamentalmente en el último año a errores en el montaje de los sistemas de infusión): 2021:3; 2022: 7; 2023: 2; 2024: 13, y con el etiquetado: 2021:1; 2022: 1; 2023: 2; 2024: 22.

1.4 Según la priorización:

En 2022 se registró un aumento significativo de notificaciones repetidas, relacionadas con la prescripción y validación, lo que motivó la creación de un grupo de análisis conjunto en CISEM. Por ello el análisis agrupado muestra un gran pico en 2022, seguido de una disminución progresiva en 2023 y 2024: 2021: 0; 2022: 225; 2023: 141; 2024: 11. El número de EM que han precisado un análisis prioritario se ha mantenido estable.

2. Valoración de los pacientes.

Se analizaron las opiniones de los pacientes a través del Net Promoter Score (NPS).

- NPS 2022 (n= 575): 89; NPS 2023 (N=499): 90, 2024 (n=746): 90. La recomendación de 10 se mantiene por encima del 80%: 2022: 83,5%; 2023: 85%; 2024: 83,8%.
- Respecto a la valoración el tiempo de espera en HDDM entre 2022 y 2024, la proporción de usuarios que calificaron con la máxima puntuación (5) se mantuvo elevada y estable con un ligero incremento en 2024: 74,16 % en 2022 (n= 504); 2023(N=431): 72,27%; y un 75,4% en 2024 (N=643)
- La percepción de seguridad en HDDM se mantuvo elevada: 92,2% de puntuaciones máximas: en 2022 (n= 467); 89,7% en 2023 (N=398); 90,2% en 2024 (n=593)
- Analizando los comentarios de los pacientes en el NPS, la mayoría fueron agradecimientos y satisfacción con el personal. Entre las quejas destacaron problemas como la falta de personal, la sobrecarga laboral y los retrasos en la disponibilidad de tratamientos. En 2022 hubo un total de 107 comentarios, 8 hacían referencia a la sobrecarga de trabajo del personal, 10 al retraso en la atención y 1 a problemas con la cita; en 2023 hubo 64 comentarios, 3 hacían referencia a sobrecarga asistencial y 5 a retrasos en la atención; en 2024: 127 comentarios, 13 relacionados con los tiempos de espera y 4 relacionados con la sobrecarga asistencial.

3. Valoración de profesionales.

Desde hace más de 10 años, la Unidad de Calidad realiza anualmente una auditoría observacional para evaluar la percepción de los profesionales del HDDM sobre la seguridad de los pacientes. En ella, se solicita a los participantes que califiquen, de 0 a 10, el grado de seguridad para los pacientes en su servicio o unidad. En 2021, la valoración media fue de 5,3 (n=14 profesionales); en 2022, de 6,35 (n=17); en 2023, de 6,92 (n=13). En 2024 no se realizó la valoración por motivos organizativos de la auditoría.

4. Medidas adoptadas.

- Realizadas: creación de dos agendas para citas, redistribución de actividades en función de las cargas asistenciales, formación Farmatools, protocolo antihemesis, cambio de premedicación a vía oral siempre que se pudo, programa de trazabilidad en la administración de medicación, establecimiento de procedimiento de formación del personal de nueva incorporación, protocolos internos para administración y circuitos específicos.
- En proceso: implantación de sistema de administración con bombas inteligentes, revisión continua de protocolos en Farmatools, reducción de tiempos de espera de los pacientes.
- Pendientes: Solución de problemas de citas de determinados Servicios, realización de protocolos como el de hipersensibilidad general, revisión del protocolo de prehidratación para pruebas diagnósticas.

Transferibilidad

Esta metodología es totalmente adaptable y aplicable a cualquier centro sanitario, público o privado. Su diseño flexible permite ajustarse a las necesidades específicas de cada institución, asegurando efectividad y resultados tangibles. Gracias a la implementación de diversas acciones e iniciativas por parte de los Servicios y Unidades involucradas, se ha logrado una integración fluida y colaborativa, optimizando el uso de recursos y estrategias. La cooperación entre equipos ha permitido enfocarse en intervenciones estratégicas, alineando objetivos y esfuerzos. Destaca la obtención de resultados visibles y medibles en cortos o medianos plazos, con mejoras significativas en la seguridad del paciente y la optimización de los procesos asistenciales. Además de minimizar riesgos, esta metodología impulsa la eficiencia organizativa, fortalece la adaptación del sistema sanitario a nuevos desafíos y fomenta una cultura de mejora continua.

Experiencia 24. “Cero humo, poco riesgo”: El reto de lograr un hospital para pacientes con enfermedad mental, 100% libre de humo”

Autores y colaboradores: *Lizzy Paola Cisneros Almeida, Beatriz Fidalgo Hermida, José Manuel Carrascosa Bernáldez, Carmen Gutiérrez, Carmen Prieto, Encarnación Navas, Yolanda Redondo, M^a Dolores Romero.*

Justificación

En el caso de los pacientes con trastorno mental (TM), el riesgo de sufrir un evento adverso durante la asistencia sanitaria no solo está relacionado con sus tratamientos o cuidados, sino que, con frecuencia, lo está con su propio comportamiento o con el comportamiento de otro paciente durante la descompensación de su trastorno (autolesiones, conducta agresiva, entre otros). El Hospital Universitario José Germain (HUJG) es un hospital monográfico que atiende a pacientes con trastorno mental grave (TMG) en el que los tipos de incidentes de seguridad (IS) notificados, muestran un patrón específico de riesgos muy diferente al de otros hospitales. En los últimos años, conscientes de que el tabaquismo es un grave problema de salud asociado, entre otros con mortalidad, gravedad de los síntomas psiquiátricos e interacción con los medicamentos de los pacientes con TM; hemos llevado a cabo diversas acciones para la implantación de una política de control del tabaco. Así el año 2014, se llevó a cabo un programa para intentar la deshabituación tabáquica de los pacientes ingresados ofreciéndoles un abordaje multidisciplinar con un seguimiento por parte de medicina interna al menos semanal durante el proceso de deshabituación, pero lamentablemente en concordancia con varios estudios que describen que los pacientes con TM tienen tasas de abandono tabáquico menor que la población general, no tuvo éxito. Luego, en el año 2017, se llevó a cabo el proyecto para suprimir el consumo de tabaco dentro de los edificios de hospitalización para lo cual diseñamos estrategias, como la adecuación de los espacios para que, además siguiendo lo dispuesto legalmente, los pacientes fumadores pudieran hacerlo en lugares habilitados para ello. Sin embargo, en los últimos años (2022, 2023) el número de IS asociados a pacientes que fuman fuera de los lugares habilitados constituye la principal causa de notificaciones en CISEMadrid.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema

Diversos estudios reportan que en los hospitales y centros de larga estancia que atienden a pacientes con trastorno mental, incluso más del 70% de los pacientes fuman. La prevalencia más

alta (74%) se da en personas con trastornos psicóticos, de los cuales por lo menos el 50% son fumadores empedernidos, con un consumo de más de 20 cigarrillos al día. En nuestro hospital, según el estudio de comorbilidad somática, publicado en las II Jornadas de UCPP de la Comunidad de Madrid de 2014, la prevalencia de tabaquismo en los pacientes ingresados era del 57,43%, siendo del 49,5% en la Unidad de Cuidados prolongados (UCPP) y del 78% en las Unidades de rehabilitación y tratamiento (UHTRs). Describiéndose un perfil de pacientes con TMG, con patologías crónicas, con una media de 30 años de tabaquismo y con un consumo medio de 31 cig/día. La asociación entre el tabaquismo y TMG implica tanto factores neurobiológicos como psicosociales, encontrándose mayor prevalencia entre las personas con esquizofrenia, esta asociación se explica porque una de las funciones de la nicotina en el sistema nervioso central es el aumento de la actividad dopaminérgica en la corteza frontal. Como los síntomas negativos (anhedonia, apatía, alteraciones en la concentración, en la memoria y en la atención, déficit motor) ocurren justamente por perjuicio en la neurotransmisión dopaminérgica frontal, el tabaquismo actúa como antagonista temporario de estos síntomas. En los últimos años, a pesar de los desafíos, ha habido avances significativos en torno a la salud mental, “normalizando” al paciente, mejorando su acceso a los servicios sanitarios, la protección de sus derechos y la lucha contra el estigma, sin embargo, es indiscutible la tendencia a seguir manteniendo una actitud conservadora y paternalista hacia ellos. Respecto al tabaquismo, por ejemplo, mediante la Ley antitabaco 28/2005, se prohíbe fumar en centros, servicios o establecimientos sanitarios, posteriormente se incluye una disposición adicional permitiéndose fumar en los establecimientos psiquiátricos para luego, mediante la Ley 42/2010, matizar esta disposición, limitando el consumo de tabaco a los centros de media y larga estancia. Estas discordancias a nuestro entender, representan falsas creencias como la baja capacidad de estos pacientes para dejar el tabaco, el cese del tabaquismo como desencadenante de la reagudización de su enfermedad o porque no se ve como un problema prioritario que tratar. En conclusión, existe una menor presión legal y social sobre el consumo en los centros psiquiátricos que ha favorecido a que el tabaquismo se permitiera en la gran mayoría de unidades de psiquiatría. En este contexto, en nuestro hospital, los pacientes que fuman, hasta el año 2024 disfrutaban de la autorización para hacerlo en lugares habilitados, tanto en el interior como en el exterior. Sin embargo, los años previos 2022 y 2023, detectamos que los profesionales notificaban en CISEMadrid, un número significativo de IS relacionados con pacientes que fumaban, clandestinamente en lugares no habilitados. Estas notificaciones representaban el 63% del total el 2022 y el 54% en el 2023 y, aunque se evidenció una disminución respecto al año anterior, constituían para el 2023 más del 50% de los IS notificados. Para dar una idea de la magnitud del problema de este tipo de incidentes basta indicar que se relacionaban con conatos

de incendios, episodios de heteroagresividad, trapicheos, ente otros. Respecto a la posibilidad de incendios, los cigarrillos desechados u otros materiales relacionados con el tabaco se han reportado consistentemente como un factor principal que contribuye a las muertes, lesiones y daños a la propiedad por incendios no intencionales en centros residenciales. El común denominador en las notificaciones de estos incidentes teníamos los datos aportados por el notificador acerca de probable la causa del incidente, y las medidas sugeridas para evitar la repetición del incidente, señalando en la mayoría de casos que el problema que llevaba al incidente a era la dificultad para hacer cumplir las políticas libres de humo entre los pacientes.

Objetivo

Describir el proceso del diseño e implantación de un plan estratégico para minimizar el riesgo de eventos adversos asociados al tabaquismo en pacientes con trastorno mental grave, ingresados en un hospital de mediana y larga estancia y, la propuesta para medir su efectividad.

Actuaciones realizadas

Tras la identificación del elevado número de IS notificados en CISEM relacionados con el consumo de tabaco en lugares no habilitados del hospital, los miembros de la UFGR nos reunimos para valorar el riesgo asociado a estos IS y desplegar planes de mejora que reduzcan la probabilidad de que volvieran a ocurrir. Detectamos como más frecuentes no solo el uso de mecheros en los conatos de incendio y los incidentes asociado a los enfrentamientos, peleas, trapicheos, etc, sino que contemplamos el riesgo a la exposición de humo del tabaco, perjudicial también para los pacientes y trabajadores que sin fumar están expuestos a él y los riesgos para la salud del propio paciente. Implementamos un plan de mejora para abordar la problemática desde distintos ejes no solo para establecer unas normas de restricción tabáquica eficaz, también para evitar el riesgo al humo del tabaco, perjudicial para los pacientes y los profesionales que sin fumar estaban expuestas a él, sino además para promover hábitos de vida saludables porque nuestros pacientes tienen derecho también a acceder a la promoción de la salud en general y por tanto a tratamientos de deshabituación tabáquica. Cabe resaltar que como no podía ser de otra manera contamos con un sólido apoyo gerencial y directivo para seguir adelante con el proyecto.

Etapas de diseño de la estrategia

En primer lugar, en el mes de febrero del 2024, constituimos un grupo de trabajo para determinar mediante “Tormenta de ideas”, las posibles causas del poco éxito de la restricción parcial y porqué los pacientes fumaban en lugares no habilitados. Se detectaron opiniones como: “fuman para aliviar sus síntomas” “los tranquiliza”, “les facilita socializar”, “les alivia el

aburrimiento". Etc. También se mencionó el hecho de que los cigarrillos en algún momento se habían utilizado como castigo y refuerzo positivo. Se discutió en el grupo el fracaso ante las medidas adoptadas, como el retiro del tabaco y los encendedores para guardarlos en el puesto de enfermería. Comentaron que es difícil confiscar el tabaco porque se podía derivar en confrontaciones que en muchos casos habían llegado a conductas hetero agresivas hacia el personal. Se contempló la posibilidad de que hacer cumplir las normas de hospital libre de humo era una amenaza para la alianza terapéutica e incluso hubo la opinión que el uso del tabaco es un derecho personal. Asimismo, se habló respecto la aplicación inconsistente de las medidas. Se planteó la posibilidad de la existencia de estigma hacia los pacientes e incluso la opinión que el uso del tabaco es un derecho personal y si bien los fumadores tenían libertad para fumar lo hacían a expensas de los derechos de los pacientes y el personal no fumadores y ex fumadores y aunque hubiera sala de fumadores no se garantizaba que los efectos contaminantes del humo no se extendieran a otras áreas de la unidad. Posteriormente, llevamos a cabo una revisión bibliográfica mediante palabras clave, buscando artículos en inglés y español. La estrategia de búsqueda contempló las bases de datos PubMed, SCOPUS y la Colaboración Cochrane, extendiendo la búsqueda mediante la captura de artículos relacionados con los seleccionados, y realizando una consulta en las principales revistas que tratan el tema y las ventajas de prohibir fumar en los centros psiquiátricos, encontrando que los estudios apoyan la hipótesis de que no hay motivo que justifique mantener el hábito tabáquico en una unidad de hospitalización psiquiátrica y que es mejor la prohibición total, donde no se permite fumar, que la parcial, donde se fuma en áreas restringidas. Además, la ausencia de prohibiciones para fumar parciales o totales en las unidades de salud mental puede enviar un mensaje equívoco a los pacientes de que fumar es una práctica aceptable. Asimismo, los lugares libres de humo, en general, no sólo protegen a los no fumadores de los peligros del tabaquismo pasivo, sino que animan a los fumadores a dejar de fumar o reducir el consumo de tabaco. Finalmente, encontramos que los espacios libres de humo en los centros psiquiátricos junto con intervenciones para dejar de fumar supondrían un paso importante en la calidad de vida y la esperanza de vida de las personas con enfermedad mental. Por el contrario, no fumar no daña en absoluto la relación terapéutica, ni incrementa incidentes en las unidades de hospitalización. Por ejemplo, en nuestro entorno, un estudio llevado a cabo en la Unidad de Agudos del Hospital de Jerez no observó un aumento significativo de la contención mecánica con respecto al año previo a la implantación de la medida de prohibición de tabaco en la unidad. Tampoco en el Hospital del Valle del Nalón, en Asturias, esta medida fue la precipitante de altas, negativas a ingreso o la desencadenante de contención mecánica. Tras la revisión bibliográfica, se procedió a la elaboración de un documento marco donde se concretaron las actuaciones a seguir y los

indicadores para medir el alcance de las metas propuestas. Es importante subrayar que, en el desarrollo del plan de mejora, centramos al paciente en el eje de nuestra atención, buscando evitar el enfoque médico paternalista para fomentar su propia responsabilidad. Además, como áreas relevantes también tuvimos en cuenta a los profesionales, considerándolos "segundas víctimas" y asumiendo la importancia de su cuidado en las situaciones relacionados con estos IS. Las actuaciones en las tres unidades de hospitalización se han ido implementando a partir del segundo semestre del año 2024. Cabe destacar que se implicó a todo el equipo terapéutico, incluido el personal no sanitario como los vigilantes de seguridad y al personal de limpieza. En primer lugar, implantamos la nueva normativa en relación al tabaquismo de los pacientes que incluía la prohibición de continuar fumando en áreas designadas como libres de humo dentro de las unidades para lo cual se procedió a retirar los lugares habilitados. Con esta medida se pretende evitar situaciones facilitadoras, que incrementen el consumo de tabaco de los pacientes como también evitar el humo que puede poner a otras personas en riesgo de exposición al humo de segunda mano. Luego, si se detecta a un paciente fumando en lugares no habilitados, el personal que descubre dicha conducta le hace la advertencia de que debe fumar fuera. En caso el paciente se niega a abandonar su conducta, se pide el apoyo del personal de vigilancia quien repite la indicación de abandonar la conducta y le hace entrega de un documento elaborado donde se informa al paciente que Según la ley (Ley 42/2010), tiene prohibido fumar en todo momento, en las instalaciones del hospital y que solo se puede fumar en lugares habilitados para ello, situados en los exteriores de los edificios. Este documento supone además de un método disuasorio efectivo para el cambio de comportamiento, un material que puede ser usado por el facultativo como parte del enfoque terapéutico tanto motivacionales o cognitivoconductuales. También elaboramos un folleto informativo sobre tabaquismo adaptados a los pacientes. Nos planteamos muchos condicionantes a la hora de diseñarlos: teníamos que diseñar una imagen dirigida a un estamento concreto (muchos de nuestros pacientes con deterioro cognitivo) y con un mensaje determinado recurriendo a la parte afectiva más que a lo cognitivo, lo mismo con el diseño de cartelaría. Planteamos un programa de intervención educativa a los pacientes para sensibilizarlos sobre el tabaquismo y los problemas asociados. No dejamos de lado, además, un eje fundamental, facilitar a nuestros pacientes fumadores que puedan acceder lo antes posible a un tratamiento integrador y multidisciplinar que han demostrado ser beneficiosas para pacientes con TMG. Finalmente, se pensó reforzar el abandono del tabaquismo mediante mejores instalaciones, con más opciones para aliviar el aburrimiento, expresar la autonomía, facilitar las conexiones sociales y reducir la angustia, para lo cual diseñamos salas multisensoriales como espacios que estimulan los

sentidos para ayudar a los pacientes a relajarse y regular sus emociones. La implantación del protocolo se ha empezado a partir del último trimestre del 2024.

Etapas de evaluación

Para evaluar el impacto de la estrategia desde el punto de vista cuantitativo se realizará una vigilancia prospectiva del Número IS notificados en CISEMadrid del 2025 comparando los resultados obtenidos antes y después de aplicada la estrategia. Además, se medirán entre otros los siguientes indicadores:

- Nº de pacientes que inicien tratamiento de deshabituación tabáquica
- Nº de pacientes que inicien tratamiento de deshabituación tabáquica y se mantienen sin fumar a los 12 meses
- Número de "notificaciones" por fumar en lugares no habilitadas
- Nº de actividades preventivas promocionales sobre tabaquismo

Resultados

Se dispone del protocolo aprobado, difundido y en fase de implantación. Las primeras evidencias son las siguientes: Las IS relacionadas con el consumo de tabaco han disminuido, En el periodo del 1 de enero al 31 de marzo del 2024 fueron de 98 IS notificados, en el 2025, en el mismo periodo han sido de 9 IS, estando en 6 de ellas implicado el mismo paciente.

Transferibilidad

Aún no tenemos datos concretos para avalar la transferibilidad de nuestro trabajo, sin embargo, somos conscientes que la tarea es ardua, sobre todo porque la ley a día de hoy permite a los pacientes psiquiátricos fumar. Sin embargo, creemos en el éxito de nuestra estrategia y el logro de un entorno hospitalario 100% libre de humo, no solo fundamentados en otras experiencias, que han encontrado respuestas favorables a la prohibición, si no en la medida del trabajo conjunto y la implicación de los trabajadores sanitarios y no sanitarios. La sensibilización, la formación, la humanización son clave para mantener la prohibición tabáquica dentro de las instalaciones hospitalarias, así como para ofrecer continuidad en el tratamiento de deshabituación tabáquica para los pacientes que lo inician, fortaleciendo actividades de prevención y promoción de la salud en esta población.

Bibliografía

1. Lineberry TW, Allen JD, Nash J, Galardy CW: Population-based prevalence of smoking in psychiatric inpatients: a focus on acute suicide risk and major diagnostic groups. *Comprehensive Psychiatry* 2009, 50:526-532.
2. Hsu JH, Chien IC, Lin CH, Chou YJ, Chou P. Increased risk of chronic obstructive pulmonary disease in patients with schizophrenia: a population-based study. *Psychosomatics*. 2013 Jul-Aug;54(4):345-51.
3. Paula Wye, Jenny Bowman, John Wiggers, Amanda Baker, Jenny Knight, Vaughan Carr, Margaret Terry and Richard Clancy. Bans in psychiatric inpatient services: a survey of perceived benefits, barriers and support among staff
4. Ballbè M1, Nieva G, Mondon S, Pinet C, Bruguera E, Saltó E, Fernández E, Gual A; Smoking and Mental Health Group. Smoke-free policies in psychiatric services: identification of unmet needs. *Tob Control*. 2012 Nov;21(6):549-54.
5. Ratschen E, Britton J, McNeill A. The smoking culture in psychiatry: time for change. *Br J Psychiatry* 2011;198:6–7.
6. Beck AK, Baker AL, Todd J. Smoking in schizophrenia: Cognitive impact of nicotine and relationship to smoking motivators. *Schizophr Res Cogn*. 2015;2(1):26–32. • Eriksen M, Mackay J, Schluger NW, Islami F, Drope J, et al. The Tobacco Atlas. *The Tobacco Atlas*. 2015;47.
7. Minichino A, Bersani FS, Calò WK, Spagnoli F, Francesconi M, Vicinanza R, et al. Smoking behaviour and mental health disorders: mutual influences and implications for therapy. Vol. 10, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013. p. 4790–811.
8. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;(2):CD007253- CD007253.

MURCIA

Experiencia 25. “Estrategia de mejora de la seguridad del paciente en incidencia de lesiones por presión.”

Autores y colaboradores: *María José Turpín Ramos, María José Cantero Sánchez, Marta Cañadilla Ferreira, Ana María Sánchez Fernández, Hilario Fernández Abellán, M^a Estela Marín Moreno, M^a José Castejón Pina.*

Justificación

En las últimas décadas, los avances tecnológicos y científicos han contribuido significativamente al aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, este fenómeno ha traído consigo un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas, muchas de las cuales se asocian a complicaciones graves, entre ellas la aparición de heridas crónicas, como las lesiones por presión.

Entre los factores de riesgo que agravan estas lesiones se encuentran enfermedades como la diabetes mellitus, insuficiencia renal, obesidad, malnutrición y trastornos vasculares, además de la edad avanzada. La población envejecida suele presentar problemas de movilidad, fracturas de cadera, deterioro cognitivo y trastornos neurológicos, lo que aumenta su vulnerabilidad a este tipo de lesiones.

Es evidente que las lesiones por presión representan un grave problema de salud pública y que los enfermeros desempeñamos un papel crucial en su prevención y tratamiento. Diversos estudios han demostrado que hasta un 95% de las lesiones por presión son prevenibles, lo que resalta la importancia de identificar variables o criterios que puedan medirse y de establecer intervenciones adecuadas.

En este contexto, los indicadores de calidad han demostrado ser herramientas valiosas para evaluar la práctica clínica y medir la eficacia de las estrategias implementadas para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

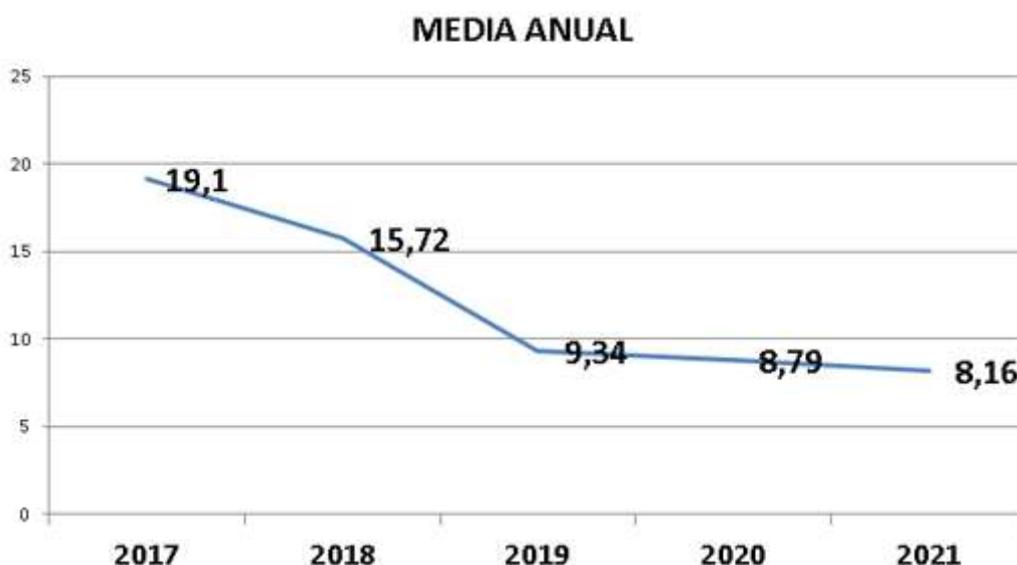
En el Servicio Murciano de Salud, se lleva años trabajando en esta área a través de acuerdos y contratos de gestión periódicos con todas las áreas de salud. En relación con las lesiones por presión, uno de los principales indicadores de calidad medidos en las nueve áreas es el indicador denominado “desarrollo de úlceras por presión durante la estancia hospitalaria”.

Contenido de la experiencia

Este trabajo se llevó a cabo en las unidades de hospitalización y en el Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, centro de referencia del Área IX del Servicio Murciano de Salud. Este hospital atiende a una población aproximada de 55.000 habitantes y cuenta con 101 camas destinadas a hospitalización y urgencias. El desarrollo de este proyecto contó con la colaboración de diversas áreas y profesionales, entre los que se incluyen las Supervisoras de las Unidades de Hospitalización, Urgencias, Formación y Calidad; la Supervisora de Área de Continuidad de Cuidados de Enfermería; la Dirección de Enfermería; el Servicio de Medicina Preventiva y el personal de enfermería de las unidades involucradas.

En enero de 2022, se llevó a cabo un análisis temporal del indicador "Desarrollo de úlceras por presión (UPP) en pacientes de riesgo durante la estancia hospitalaria", el cual reveló una oportunidad de mejora al evidenciarse una incidencia elevada de estas lesiones (Gráfico 1). El objetivo establecido en el Acuerdo de Gestión para este indicador es mantener la incidencia en un valor menor o igual al 3%.

Gráfico 1: Incidencia de lesiones por presión entre 2017 y 2021.



En enero de 2022, se llevó a cabo un análisis temporal del indicador "Desarrollo de úlceras por presión (UPP) en pacientes de riesgo durante la estancia hospitalaria", el cual reveló una oportunidad de mejora.

Actuaciones realizadas

Las acciones implementadas desde entonces han sido las siguientes:

Reuniones con los Servicios

Aprovechando las reuniones de inicio de año con los diferentes servicios, se presentó de manera inicial el plan de acciones que se llevarían a cabo. En estas reuniones, se explicó el objetivo de las medidas a implementar y se solicitó a los participantes que aportaran ideas de mejora que no se hubieran considerado previamente.

Sesiones Formativas y Cursos

Desde marzo de 2022, se han realizado un total de 64 sesiones y cursos (33 en 2022, 12 en 2023 y 19 en 2024). En cuanto al número de participantes, un total de 390 personas recibieron la formación (224 en 2022, 45 en 2023 y 121 en 2024). De estos, 244 fueron enfermeros y 172 TCAE.

Además, en abril de 2022, se decidió poner en marcha una acción específica en el Servicio de Urgencias Hospitalarias, coincidiendo con las sesiones de formación en cuidado de heridas. La acción consistió en realizar la valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP) a todos los pacientes que ingresaran en camas de observación, a través de la cumplimentación del formulario de la Escala de Braden. Aquellos pacientes identificados como de riesgo recibieron las medidas preventivas correspondientes. Esta intervención se adoptó por diversos motivos, destacando la prevención temprana y el tiempo que los pacientes pasan en las camas de urgencias, ya sea hasta su alta o su ingreso en las Unidades de Hospitalización.

Difusión y Recordatorios

Se elaboraron una serie de diapositivas con un resumen sobre la prevención y los cuidados, las cuales se colocaron como protectores de pantalla en todos los ordenadores del hospital durante los meses de abril, julio y agosto de 2022.

Recursos Materiales

En relación con los materiales utilizados para la prevención, se llevaron a cabo los siguientes cambios:

- Higiene corporal: Se introdujeron manoplas impregnadas con una loción especial que limpia y nutre la piel. Estas manoplas comenzaron a utilizarse en las unidades de hospitalización a partir de mayo de 2022, y en una segunda fase, en diciembre de 2022, se implementaron en los servicios de reanimación y camas de observación de urgencias. Antes de su implementación, se llevó a cabo una formación para el personal sobre su correcto uso.

- Aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados: El personal del Servicio de Urgencias comenzó a aplicar ácidos grasos hiperoxigenados a los pacientes ingresados en camas de observación de urgencias que presentaban riesgo según la escala.
- Superficies de alivio de presión: Se revisó el material del que disponíamos, dotando de nuevos recursos en las unidades donde valoramos la necesidad. Para garantizar su disponibilidad inmediata, estos recursos se centralizaron en el Servicio de Urgencias.

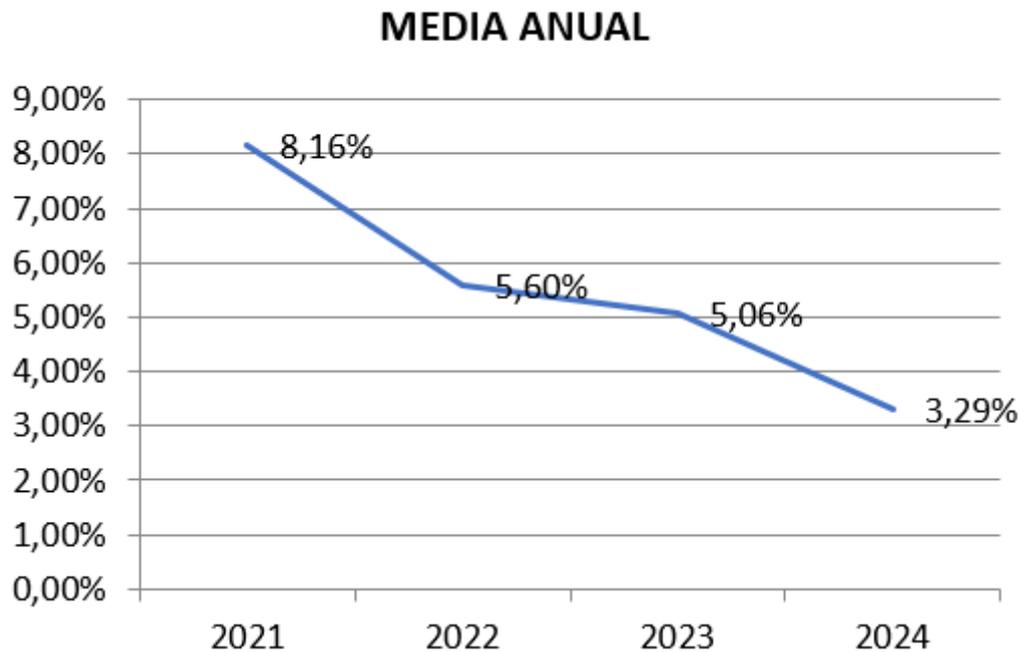
Otras Medidas

- Realización de cambios posturales a los pacientes en el Servicio de Urgencias ingresados en camas de observación con resultado de riesgo tras la valoración.

Resultados

En el gráfico 2 se observa la mejora existente en los últimos meses desde que se aplicaron las medidas.

Gráfico 2: Incidencia de lesiones por presión entre 2021 y 2024.



En 2022, la media del indicador fue de 5.60, en 2023 de 5.06 y de 2024 de 3.29. Las medidas implementadas han sido interiorizadas en el trabajo diario del personal. A todos los pacientes que ingresan en las camas de observación del Servicio de Urgencias se les realiza la valoración mediante la escala de Braden, y dependiendo de los resultados, se inician las medidas preventivas correspondientes.

Obstáculos encontrados:

Uno de los principales desafíos fue la resistencia al cambio en el Servicio de Urgencias, donde, debido a la patología aguda de los pacientes, la valoración y prevención de las UPP pasaban a un segundo plano. La implementación de estas valoraciones y la posterior aplicación de medidas preventivas entraron en conflicto con la idiosincrasia del servicio.

Además, en momentos de mayor presión asistencial, como en épocas de infecciones respiratorias, se presentó escasez de materiales.

Transferibilidad

Consideramos que esta experiencia es exportable a otras áreas, teniendo en cuenta varios aspectos clave. Primero, la adaptación al contexto local es fundamental, ya que cada hospital tiene características y recursos distintos. En segundo lugar, la formación continua y sensibilización del personal es esencial para implementar las medidas de prevención y tratamiento de las lesiones por presión correctamente. Además, la implicación activa del personal y de los responsables de cada unidad es crucial para aumentar el compromiso y la eficacia de las estrategias. También es importante utilizar indicadores de calidad y retroalimentación para monitorear los resultados y ajustar las acciones en tiempo real. La disponibilidad de recursos materiales y logísticos adecuados asegura la efectividad de las medidas, mientras que una supervisión y evaluación constante garantiza la mejora continua. Cumpliendo estos puntos, esta experiencia puede ser implementada en otros hospitales para mejorar la prevención y manejo de las lesiones por presión.

Experiencia 26. “Alarma no atendida en Urgencias”

Autores y colaboradores: Julián Alcaraz Martínez, José Omar Valerio de León¹, Jesús Leal Llopis², Julia Muñoz Arqueros¹, Ana B Cano Sánchez¹, Gustavo Cela Campos¹, Sara Ramos López¹, José A Serrano Martínez¹, Cristina N Esteban Lloret¹, Isabel M Reina Nicolás¹, Estela Morales Vázquez¹ y Sandra Moreno Reina¹.

¹ Servicio de Urgencias.

² Supervisor de Calidad Asistencia e investigación.

Justificación

El presente caso se presenta con el objetivo de exponer las acciones puestas en marcha tras una declaración de un incidente de seguridad, específicamente en lo que respecta a la atención de las alarmas del monitor que controlaba sus constantes vitales.

El paciente en cuestión experimentó un deterioro en su estado de salud que pudo haber sido asistido más precozmente si se hubiera atendido la alarma. Este retraso en la atención no solo comprometió la seguridad del paciente, sino que también generó un impacto emocional en el personal de salud involucrado.

Al presentar este caso, buscamos no solo entender lo ocurrido, sino también implementar mejoras en nuestros procesos para garantizar que todos los pacientes reciban la atención que merecen y que se minimicen los riesgos asociados a la monitorización de sus constantes vitales.

La seguridad del paciente es nuestra prioridad, y este caso representa una oportunidad valiosa para aprender y crecer como equipo.

Contenido de la experiencia

Descripción del incidente

Paciente en tratamiento con quimioterapia que acude al servicio de urgencias y es diagnosticado de fiebre neutropénica pasando a una cama de observación. Tras la evaluación inicial y pruebas diagnósticas queda pendiente de ingreso. A su llegada presentaba con constantes estables y buen estado general.

Una hora después, se detecta que estaba sonando la alarma de tensión arterial (TA) del monitor y tenía unas cifras de TA de 57/33. Desde hacía 3 tomas (cada 15 min) estaba con cifras similares y la

alarma había sonado, pero estaba sin atender. Llevaba sólo 1 vía aplicada a su reservorio y 500cc de suero fisiológico cayendo lentamente desde que llegó al centro, cinco horas antes. Estaba pautado para 2 horas.

Se actuó con las medidas necesarias, remontando inicialmente las tensiones y mejorando su estado, pero el paciente acabó finalmente en UCI.

Análisis realizado

Siguiendo las indicaciones del Protocolo de Londres de 2024, se pueden sistematizar los factores contribuyentes en:

Paciente: El paciente debido a su situación de bajo gasto no avisó de que se encontrara mal. Tenía patología grave de base. El reservorio no dejaba pasar líquido a un ritmo mayor.

Profesionales: Los profesionales del área de boxes no comprobaron el ritmo de infusión ni si se habían cumplido las pautas de volumen a infundir No se atendieron las dos alarmas.

Tarea: Existe un protocolo de uso de alarmas, que no se usa ni se evalúa.

Equipo: No se realizó una buena transferencia en el paso de una sala a otra. No hay una clara delimitación de funciones en la atención a las alarmas

Factores ambientales: En la sala de observación o camas de urgencias, se produce la “fatiga por alarma” (ver alerta 50 de la Joint Commission). En ese momento estaban con una ocupación muy importante (18 camas), con las habituales interrupciones por atención inmediata de pacientes nuevos graves de las camas de Urgencias

Tecnología: Todas las alarmas tienen similar sonido y no suelen ajustarse a los parámetros de cada paciente

Factores de organización y cultura: La cultura de seguridad es mejorable

Objetivos

Poner en marcha actuaciones para evitar la fatiga por alarma, tras el análisis de las causas y actuar mejor ante las alarmas en Urgencias.

Actuaciones realizadas

En este caso no está claro que el destino final y el resultado no hubiera sido diferente si se hubiera actuado con más celeridad, pero es verdad que se ha puesto en riesgo al paciente, dejando que estuviera en situación de shock, al menos media hora.

Se ha comentado el caso en sesión y se ha hablado de la importancia de ajustar las alarmas y que no haya ninguna sonando sin atender.

Se ha distribuido el protocolo de uso de alarmas y se han puesto recordatorios de ajuste adecuado de parámetros junto a cada monitor.

Se han puesto dos pantallas centrales con la información de todos los monitores en tiempo real y con posibilidad de ajustar desde ahí los parámetros o consultar las alertas.

Se ha incluido como uno de los parámetros a comprobar en las Rondas de Seguridad de Urgencias el ajuste a cada paciente de las alarmas y las alarmas activas y no atendidas.

Impacto

Tenemos datos de un estudio previo, en 2018 en el mismo servicio donde se detectaron en una muestra de 81 pacientes, 36 alarmas sonando, no atendidas (44,4%) Esto motivo en su momento que se constituyera un grupo de trabajo para elaborar el protocolo de uso de alarmas, pero con la pandemia y rotación importante del personal de Urgencias posterior, quedaron pausadas las acciones de mejora.

Tras el incidente se ha realizado una muestra de 30 casos en 3 días diferentes, encontrando 9 monitores con alarmas no atendidas (30%) que, si bien no es estadísticamente significativa, parece que indica que puede haber una tendencia a la mejora. A pesar de ello habrá que insistir con las medidas de mejora.

Transferibilidad

La no atención de alarmas de equipos médicos está bien descrita en la alerta de seguridad número 50, emitida en 2013 por la Joint Commission (“Medical device alarm safety in hospitals”) En la que se describe el resumen de 96 casos declarados, 80 con resultado fatal, y se dan pautas de actuación para reducir su ocurrencia.

Estas pautas son de aplicación en cualquier centro que use este tipo de alarmas y ponerlas en marcha puede ayudar a reducir el número de avisos no atendidos y sus posibles consecuencias.

COMUNIDAD VALENCIANA

Experiencia 27. “Implantación prescripción electrónica en neonatos y Uci-neonatos”

Autores y colaboradores: *Carmen Matoses Chirivella y Nuria Martínez Duce.*

Justificación

La implantación de la prescripción electrónica con sistemas de soporte se encuentra en las recomendaciones de distintas organizaciones, sociedades y grupos de expertos para aumentar la seguridad en el uso de medicamentos (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos [ISMP], American Society of Health-System Pharmacists [ASHP]) (1). En marzo de 2020 empezó la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) mediante el software ORION CLINIC-Terapéutica en la población adulta hospitalizada en el Hospital General Universitario de Elche. Las características de la población pediátrica (constante desarrollo, particularidades farmacocinéticas y farmacodinámicas, déficit de medicamentos disponibles que requieren cálculos de dosis y reajustes de dosis según peso y superficie corporal), y el uso de fármacos en condiciones diferentes a las recogidas en la ficha técnica no respaldadas por ensayos clínicos, la convierten en un colectivo con alto riesgo de sufrir errores de medicación, 3 veces mayor que en adultos (2-4). Por este motivo, con el fin de estandarizar y simplificar la prescripción y administración de medicamentos en la población de neonatología y evitar errores de medicación (errores en el cálculo de dosis, errores en el fraccionamiento y diluciones de las presentaciones comercializadas, etc) en octubre de 2023, desde el Servicio de Farmacia empezó la parametrización de la base de datos del ORION CLINIC-Terapéutica para que la PEA se pudiese implantar en la Unidades de Neonatos/UCI Neonatos. Juntamente con los pediatras y el personal de enfermería de estas unidades, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de todos los medicamentos utilizados en esta población adaptando la PEA a sus necesidades.

Referencias bibliográficas:

1. ISMP-España. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación [monografía en Internet] [consultado 17 Mar 2023]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/cuestionario.pdf>.

2. M.A. Ghaleb, N. Barber, B.D. Franklin, V.W. Yeung, Z.F. Khaki, I.C. Wong. Systematic review of medication errors in pediatric patients. *Ann Pharmacother.*, 40 (2006), pp. 166-176.

3. M.R. Miller, K.A. Robinson, L.H. Lubomski, M.L. Rinke, P.J. Pronovost. Medication errors in paediatric care: a systematic review of epidemiology and an evaluation of evidence supporting reduction strategy recommendations. *Qual Saf Health Care.*, 16 (2007), pp. 116-126. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.019950> | Medline.

4. A. Sucasas, A. Avila-Alvarez, M. Combarro, C. Martínez, P. Yañez, A. Codias, et al. Uso de medicamentos en condiciones no aprobadas en cuidados intensivos neonatales. *An Pediatr (Barc.)*, 91 (2019), pp. 237-243.

Contenido de la experiencia

Descripción del problema: Los recién nacidos (RN), tanto los nacidos a término, como los pretérmino), por sus características fisiológicas especiales y por los aspectos relacionados con su farmacoterapia, se convierten en un colectivo con alto riesgo de sufrir errores de medicación. Gracias a la notificación de eventos relacionados con la medicación en el sistema implantado en nuestro departamento, el SINEA, los sucesos más ampliamente que se notifican en este tipo de población son:

- Errores en los cálculos para ajustar la dosis según la edad, peso o indicación del neonato.
- Errores en la preparación de la medicación por falta de disponibilidad de presentaciones comerciales ajustadas a la población pediátrica.
- Errores por falta de experiencia por parte del personal sanitario al carecer de formación específica.

Análisis realizados: Se analizan los eventos relacionados con la medicación notificados en SINEA antes de la implantación de la PEA y se estratificaron en diversas categorías para establecer actuaciones de mejora:

- Tipo A. Posología incorrecta (20%)
- Tipo B. Preparación incorrecta (30%)
- Tipo C. Velocidad de administración incorrecta. (40%)
- Tipo D. Desconocimiento manejo nuevas tecnologías (10%)

Objetivos: Implantar prácticas seguras en el circuito de utilización de medicamentos desde la prescripción hasta la administración en un grupo de riesgo como es el de la población pediátrica (neonatología).

Actuaciones realizadas: Las actividades que se llevaron a cabo en el último trimestre del 2023 para la implantación de la PEA en la Unidad de Neonatología fueron las siguientes:

1. Parametrizar las presentaciones farmacéuticas y las posologías de todos los medicamentos utilizados. → Disminuir errores tipo A.
2. Estandarizar las concentraciones de las soluciones para infusión de los medicamentos de alto riesgo que se utilizan en el hospital para neonatos. → Disminuir errores tipo B y C.
3. Establecer protocolos para la utilización de los medicamentos de alto riesgo, que estén accesibles para los profesionales sanitarios y que se utilicen cuando se prescriben, preparan y administran estos medicamentos. → Disminuir errores tipo A, B y C.
4. Implantar la validación farmacéutica de las prescripciones de los neonatos. → Disminuir errores tipo A, B y C.
5. Preparar en el servicio de farmacia las soluciones intravenosas estandarizadas de los medicamentos de alto riesgo que no se encuentran disponibles comercialmente. → Disminuir errores tipo B.
6. Formar a los pediatras y personal de enfermería en ORION CLINIC- Terapéutica para el manejo de la medicación, así como en las prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo, mediante varias reuniones formativas (presencial y on-line) y apoyo en formato papel. → Disminuir errores tipo A, B y C.

Impacto

1º. Se han parametrizado un total de 110 especialidades farmacéuticas (ejemplo: neonatos CEFOTAXIMA 40 MG/ML PERF IV (< = 29 SEM. EPN 0-28 DÍAS); neonatos FENITOINA 10MG/ML DOSIS DE CARGA (1º DIA), ETC

2º. Se han estandarizado un total de 23 diluciones de medicamentos de alto riesgo (ejemplo: ADRENALINA 60MCG/ML; ADRENALINA 30MCG/ML; AMIODARONA 2MG/ML; CLONAZEPAM 0,5MG/ML; DEXMEDETOMIDINA 0,004MG/ML; DOBUTAMINA 3MG/ML; DOBUTAMINA 1,8MG/ML; DOPAMINA 3MG/ML; DOPAMINA 1,8MG/ML; FENTANILO 20MCG/ML; FLECAINIDA 2MG/ML MILRINONA 0,2MG/ML; MORFINA 0,05MG/ML; NORADRENALINA 400MCG/ML KETAMINA 5 MG/ML, ETC)

3º. Se ha protocolizado 28 esquemas de tratamiento (ejemplo: neonatos INSULINA PERFUSION CONTIUA, HEPARINIZACION CATETNER UMBILICAL, ETC)

4º. Validación farmacéutica diaria del 100% de las órdenes médicas de neonatos.

5º. Preparación estándar en el Servicio de farmacia de 10 mezclas intravenosas (ejemplo: ANFOTERICINA BIV, LINEZOLID IV, AMIKACINA IV, ETC) y de más de 20 formulaciones magistrales orales (ejemplo, CAPTOPRILO, ESPIRONOLACTONA, FOLINICO, GLIBENCLAMIDA, HIDRATO DE CLORAL, ETC)

6º. Formación continua a pediatras y personal de enfermería.

Tras la implantación de las actuaciones de mejora la estratificación en el tipo de errores ha variado de la siguiente manera:

- Tipo A. Posología incorrecta (5%)

- Tipo B. Preparación incorrecta (5%)

- Tipo C. Velocidad de administración incorrecta. (20%)

- Tipo D. Desconocimiento manejo nuevas tecnologías (70%) Esta nueva distribución del tipo de EA declarados demuestra la efectividad de las medidas adoptadas para disminuir los errores de tipo A, B y C.

Tanto los errores debidos a posología incorrecta (Tipo A), preparación de las diluciones (Tipo B), bien porque en el PEA estaban parametrizadas las instrucciones para su correcta elaboración o bien porque la Unidad de Mezclas Intravenosas y el Área de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia dispensa los medicamentos ya listos para su uso, así como los errores debido a la velocidad de administración incorrecta (Tipo C), también parametrizado en el PEA se han visto considerablemente reducidos por la implantación de las mejoras nombradas anteriormente.

En cambio, el uso de nuevas tecnologías (Tipo D), en este caso el PEA, es una herramienta que reduce los fallos y errores mejorando la seguridad de la asistencia, pero puede que la falta de adiestramiento en su manejo dificulte que se obtengan los valores esperados en cuando a reducción en los errores de medicación, tal y como ha sucedido en nuestro ámbito. Antes de la implantación de las acciones de mejora, la prescripción médica y el registro era manual con lo cual los errores debidos al manejo de nuevas tecnologías eran únicamente del 10%, principalmente por fallo en el manejo de las bombas inteligentes. Ahora, dificultades por parte el personal médico y de enfermería para localizar o interpretar la información o

desconocimiento en el uso del PEA ha hecho que se incrementen los errores de un 10% hasta el 70%, lo cual nos lleva a la necesidad de organizar periódicamente formación continuada en el manejo de estas aplicaciones.

Transferibilidad

La implantación de la prescripción electrónica asistida, con sistemas de ayuda a la prescripción, validación y administración de medicamentos en la Unidad de Neonatología, la estandarización y centralización de la preparación de determinados medicamentos desde el Servicio de Farmacia y la formación de los profesionales sanitarios en el manejo de los medicamentos utilizados principalmente en esta población, se muestran como actividades de mejora en el uso seguro de medicamentos en la población de neonatos hospitalizados. La implementación de estas prácticas de seguridad supone diferentes niveles de efectividad y factibilidad. Por un lado, la implantación de la PEA es muy efectiva pero menos factible, al necesitar de un apoyo logístico y económico importante, en cambio, la formación del personal es menos efectivo, pero más factible, ya que depende completamente del factor humano.

Experiencia 28. “Mejora de la notificación en SINEA tras campaña de formación en centros de salud del departamento de Alcoy”

Autores y colaboradores: *Begoña Seguí Llinares, Rosa M^a Revert Gandía, Jordi Bravo Miró, Belén Abad Verdú.*

Justificación

Esta experiencia se centra en la Incentivación de Notificaciones en AP mediante la realización de sesiones formativas in-situ y la retroalimentación a los profesionales con el análisis de los casos notificados.

Contenido de la experiencia

La seguridad del paciente es un pilar fundamental en la calidad asistencial, y la notificación de eventos adversos (EA) es clave para la identificación de riesgos y la implementación de medidas preventivas. Sin embargo, en el ámbito de Atención Primaria, la cultura de notificación ha sido históricamente baja, lo que limita la capacidad de análisis y mejora del sistema.

Descripción del problema

Antes de la intervención, la notificación de EA desde Atención Primaria era significativamente inferior en comparación con otros niveles asistenciales (3,4% en 2022), a pesar de que esta área representa el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. En el informe anual SINEA 2023, las notificaciones provenientes de Atención Primaria representaban solo el 6,3% del total, indicando una infrautilización de la herramienta.

Análisis realizado

Se llevó a cabo un análisis de barreras, con una selección de profesionales de AP, para la notificación en Atención Primaria, identificando los siguientes factores:

- Falta de formación específica sobre la plataforma SINEA.
- Escaso conocimiento sobre la importancia de la notificación y su impacto en la seguridad del paciente.
- Percepción de falta de utilidad del sistema de notificación.
- Temor a consecuencias punitivas.

Objetivos

1. Aumentar el número de notificaciones desde Atención Primaria.
2. Fomentar una cultura de seguridad centrada en la mejora continua.
3. Capacitar a los profesionales sobre la notificación de EA y su utilidad en la gestión de riesgos.

Actuaciones realizadas

Se diseñó e implementó una campaña de formación in situ en los 11 centros de salud del departamento, basada en los siguientes ejes:

- Sesiones presenciales dirigidas a todo el personal sanitario, con énfasis en casos prácticos y ejemplos específicos de Atención Primaria.
- Material de apoyo en formato presentación y guías de notificación (folleto informativo)
- Énfasis en el carácter no punitivo y anónimo de SINEA para fomentar la confianza en el sistema.
- Retroalimentación y comunicación con la Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) para reforzar el aprendizaje y aclarar dudas, mediante elaboración de informes (bimensuales y anual) y folleto informativo.

Impacto

Tras la implementación de la campaña, se observó un incremento significativo en el número de notificaciones desde Atención Primaria:

- En 2023, se registraron 40 notificaciones desde Atención Primaria.
- En 2024, las notificaciones ascendieron a 79, lo que representa un aumento del 97,5%
- La proporción de notificaciones desde Atención Primaria pasó del 6,3% al 13,1% del total.
- Se evidenció una mejora en la calidad de las notificaciones, con mayor cumplimiento en la identificación de factores contribuyentes y coherencia con las consecuencias sobre el paciente.

Conclusiones

La formación in situ ha demostrado ser una estrategia efectiva para aumentar la notificación de eventos adversos en Atención Primaria. El incremento en la notificación no solo mejora la vigilancia de la seguridad del paciente, sino que permite un análisis más preciso de los riesgos y la implementación de mejoras en los procesos asistenciales. Como próximos pasos, se plantea la consolidación de esta estrategia con sesiones de refuerzo periódicas y la integración de la formación en los planes de acogida de nuevos profesionales. El compromiso de los profesionales y la generación de una cultura de seguridad activa son clave para la mejora continua en la atención sanitaria.

Transferibilidad

Esta experiencia es altamente transferible a otros ámbitos asistenciales y contextos organizativos, dado que:

- Se basa en una metodología estructurada de formación y feedback, adaptable a distintos niveles asistenciales (hospitalario, sociosanitario, emergencias, etc.).
- Requiere pocos recursos adicionales, ya que se centra en la formación del personal y en la optimización de sistemas ya existentes.
- Puede aplicarse a otras herramientas de notificación de eventos adversos en diferentes comunidades autónomas o países con sistemas similares.
- Favorece el desarrollo de una cultura de seguridad en cualquier entorno sanitario, promoviendo la mejora continua en la atención al paciente.

NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS SIN DAÑO

UNIDAD FUNCIONAL DE CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ALCOI

de la seguridad: el cambio ne

DE:	A:
propiedad accesoria	La seguridad como compo
	Actitud proactiva y generad
	Trabajo en equipo e interca
itud artesanal	Trabajo en equipo y estand
	Comunicación abierta y tran
n el profesional	Atención orientada al pacie
esional que se equivoca	Centrada en el sistema que
ole:	Análisis de las causas: ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo?, ¿Por qué? ¿no se repita?
le*"	Hacer "todo lo adecuado"
	Convencimiento
	Inconformismo
e debería hacerse:	Acción: lo que se hace en re

¿Qué es SINEA?



SINEA
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

GENERALITAT VALENCIANA
Autoridad de Salud

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Según de la OMS
"un suceso de **daño** **cesario** real o potencial **relativo a la atención sanitaria**"



Organización Mundial de la Salud

CENTINELA!!!

- **CUASI-INCIDENTE**
Cualquier evento o circunstancia (incidente) que ocurre pero llega a afectar al paciente.
- **INCIDENTE (sin daño)**
Cualquier evento o circunstancia que ocurra, afecta al paciente pero no le ocasiona un daño apreciable.
- **EVENTO ADVERSO (EA)**
Acontecimiento que produce una lesión (daño) al paciente en forma de incapacidad, muerte o prolongación de estancia hospitalaria, relacionado con el proceso asistencial.

50-70 % Evitable

CARACTERÍSTICAS

- No punitivo
- Sencillo
- Útil



Ejemplos de EVENTOS ADVERSOS con mayor incidencia en ATENCIÓN PRIMARIA



Imagen 3. Resumen de la formación facilitada

Experiencia 29. “Ciclo de mejora en la atención de pacientes hospitalizados de especial supervisión o vulnerabilidad.”

Autores y colaboradores: *Sheila Ibáñez Fornas.*

Justificación

La declaración de eventos adversos a través del Sistema de Notificación de Eventos Adversos (SINEA) de la Comunidad Valenciana, ayuda en gran medida a detectar situaciones que ponen en jaque al profesional sanitario y a los centros asistenciales a la hora de atender a los pacientes con la mejor seguridad, calidad, equidad y humanidad posible. A raíz de varios eventos centinela acontecidos en el centro durante el año 2024, se detectó la necesidad de establecer unas pautas específicas de actuación para mejorar la atención de un nuevo tipo de paciente que, por desgracia, cada vez vemos con mayor frecuencia, que son pacientes en situación de especial vulnerabilidad o susceptibles de sufrir algún peligro inminente o causarlo a otros, ya sea por causas propias referentes a sus patologías (deterioro cognitivo, trastorno de la salud mental o riesgo de autolisis) o por causas ajenas derivadas de un entorno disfuncional (soledad extrema o abandono, riesgo de agresión, secuestro o fraude económico).

Contenido de la experiencia

Los constantes cambios en nuestro entorno relacionados con el progresivo envejecimiento de la población, con el consecuente aumento de la población dependiente, y la difícil situación económica, hacen que cada vez más se presente la circunstancia de prestar asistencia a un tipo de paciente cuyas necesidades sobrepasan a la adaptación del sistema sanitario. Una de las formas más eficaces a la hora de detectar necesidades de mejora en los centros es a través del conocimiento de los problemas que puedan ir surgiendo, y para ello contamos con una herramienta que ha resultado crucial en el caso que se expone a continuación, y es el SINEA, herramienta clave para gestionar, evaluar y tomar medidas ante el acontecimiento de un evento adverso o que estuvo cerca de ocurrir (quasi-incidente). Durante el año 2024, por parte del Grupo de Notificación de SINEA del hospital La Magdalena, hospital de atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLE), se realizó el análisis de algunos eventos adversos acontecidos con varios pacientes gracias a la aportación de registros por parte de los profesionales del centro. Estos acontecimientos sin precedentes asentaron las bases para un nuevo proceso de innovación (Rueda de la innovación) enfocado a la atención de pacientes con necesidad de especial supervisión o vulnerabilidad.

Descripción del problema

La primera fase de la rueda de innovación (Pensar) consistió en la detección y definición de los diferentes problemas asistenciales que se ocasionaban en torno a los eventos adversos registrados cuyas circunstancias se definen a continuación.

Uno de los eventos que causó mayor impacto sucedió en febrero. Una paciente de 88 años llevaba un mes ingresada en el centro por convalecencia y problemática social debido a su deterioro cognitivo, hipoacusia y dependencia moderada para ABVD y AIVD, viviendo sola y sin entorno familiar funcional. A los días del ingreso aparece una persona que se identifica como su sobrina, y al ser entrevistada por trabajo social se descubre que su relación con la paciente es únicamente de carácter vecinal. Esta persona ya había causado algún problema anterior al Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), y en el centro presentaba alguna disconformidad con el tratamiento de la paciente, pero su comportamiento entraba dentro del rango normal. Se tramitan las medidas pertinentes por parte de trabajo social para internamiento no voluntario debido a la situación. Una mañana, la vecina pregunta si se puede llevar a la paciente a dar un paseo por el centro para que se despeje, pero tras unas horas la paciente no aparece para las terapias ni para la toma de la medicación. Contra todo pronóstico, la vecina se había llevado a la paciente del centro sin previo aviso en su vehículo particular. Tras hablar con la vecina y negarse a traerla de vuelta, se avisa a seguridad y se llama al 112. La vecina acaba por ceder y devuelve a la paciente, la cual se encontraba desorientada, sin sonda y con el índice de glucemia elevado, acto seguido se procede a la prohibición de visitas por parte de esta persona. Finalmente, se conoció las malas intenciones de la vecina al haber cambiado la cerradura de la casa de la paciente sin conocer lo que puede haber hecho con sus pertenencias personales, asunto cuyo proceso continuó a través de juzgado.

En otra instancia, se sucedieron varios eventos adversos relacionados con la atención de un paciente muy complejo con diagnóstico de Demencia/Psicosis de Wernicke Korsakoff que presentaba amnesia y confabulaciones. El comportamiento del paciente era muy errático e inapropiado, llegando a realizar acciones de alto riesgo para sí mismo, para otros e incluso a terceros. Entre estas acciones se podía destacar el intentar entrar en habitaciones ajenas por la terraza haciendo uso de botellas de oxígeno, hacer sus necesidades en otras habitaciones o por los pasillos, deambular por el hospital sin control, cogiendo objetos personales de otros pacientes o de habitaciones de pacientes aislados, ingiriendo productos tóxicos e incluso llegando a irse del hospital, encontrándolo unos transeúntes a una buena distancia del centro. La gran complejidad de la atención de este paciente reside en su patología de naturaleza orgánica, motivo por el que no correspondería a centros de atención a pacientes con trastornos

de la salud mental, pero cuyo comportamiento resulta inmanejable en un centro de estas características, con posibilidades limitadas de restricción. Por lo menos, hasta conseguir una estabilidad en la contención química. Otro evento que recalcó la necesidad de seguir trabajando en esta línea consistió en el caso de una paciente de edad avanzada en situación de soledad con baja apoyo familiar y deterioro cognitivo tipo demencia. La paciente, sin habilidades para el correcto manejo económico, confiaba sus datos bancarios a personas poco conocidas o que acababa de conocer recientemente, con intención de ayudar, pero sin ser consciente de que este acto podría suponer una incapacidad para mantener sus necesidades básicas cubiertas, exponiéndose a ser víctima de fraude económico. Estos eventos destacaron algunas carencias organizativas que sembraron la semilla del cambio en el proceso asistencial de los pacientes con necesidades de especial atención o vulnerabilidad permitiendo concretar diferentes situaciones y dando la posibilidad de definir objetivos para mejorar la atención prestada.

Análisis realizados

A raíz de los registros realizados por el personal del centro que se vieron afectados por estos acontecimientos a través de la herramienta de notificación SINEA, los casos fueron derivados a la Unidad de Calidad del centro, que fue la responsable de gestionar los análisis causa-raíz que se realizaron de cada caso independientemente, poniendo en marcha la segunda fase de la rueda de innovación (Analizar), enfocada en determinar las posibles causas o factores de influencia que pudieron facilitar la concurrencia de los diferentes eventos. En ambos casos, el punto de partida consistió en la realización de una revisión minuciosa de la historia clínica de los pacientes, contemplando todas las intervenciones realizadas por los diferentes profesionales, haciendo hincapié a las realizadas por el profesional facultativo responsable, los profesionales de enfermería de la planta, trabajo social y psicología clínica. A continuación, se procedió a realizar entrevistas individuales con recogida de datos cualitativos con algunos de los diferentes profesionales presentes el día del acontecimiento del evento adverso, a los que se identificaron al realizar el registro en SINEA y a las diferentes categorías profesionales de interés para la recogida de información. Las entrevistas se centraban en la opinión profesional de los trabajadores en cuanto a qué causas extrínsecas e intrínsecas al propio centro pudieron propiciar la ocurrencia del evento y cuáles serían las medidas adecuadas a tomar para prevenirlo.

Objetivos

Una vez recabados los máximos datos posibles, se procedió a la elaboración de los informes con los análisis causa-raíz (ACR, Anexo I y II) de los eventos centinela siguiendo las plantillas estandarizadas proporcionadas por el Servicio de Calidad Asistencial, Seguridad del Paciente y

Evaluación de Tecnologías Sanitarias (SECASP) de la Conselleria de Sanidad. A través de estos análisis se inicia la tercera fase de la rueda de innovación (Crear), generando posibles ideas o soluciones al problema planteado. En el primer caso, el análisis contaba con una descripción del evento en cuestión; la planificación del ACR (participantes); la metodología de recogida de datos; un diagrama de Ishikawa o de pez para identificar la causa-efecto, con la consecuente definición de cada factor; y el planteamiento de un posible plan de acción con la descripción de las acciones y sus posibles indicadores de medición. En el segundo y tercer caso, se recibió una nueva plantilla como “Ficha resumen análisis Causa-Raíz”, cuyo contenido especifica el departamento de salud, el número de registro, el mes del evento, si se considera centinela o no, una descripción y resumen del evento, las consecuencias en el paciente, las causas principales identificadas, los factores contribuyentes y un planteamiento de acciones de mejora que sería conveniente implantar. Estos informes permitieron concretar una selección de las medidas comunes que podrían mejorar la organización asistencial del centro en lo referente a este tema en concreto.

Actuaciones realizadas

Finalmente, entramos en la cuarta fase de la rueda de innovación (Actuar), en la que se establece un plan de acción que se recoge en un protocolo estandarizado que responde al nombre de “PNT_003 Atención al paciente vulnerable_2024 11_hospitalización_v0.3” elaborado por las responsables de la Unidad de Calidad y del Servicio de Atención e Información al Paciente (SAIP) y validado por la dirección del centro (anexo III). Este protocolo recoge medidas específicas para poder llevar a cabo una vigilancia estrecha de los pacientes, enfocando a cada grupo profesional cuales son las diferentes normas de actuación ante la ocurrencia de un evento inminente o que acaba de ocurrir. Además, cuenta con unos indicadores de evaluación, uno de los cuales se centra en el registro del número de casos anuales que han precisado la activación del protocolo, permitiendo hacer un seguimiento del mismo, valorar su viabilidad y la prevalencia real de casos de pacientes vulnerables ingresados. Solo en el 2024, año de inicio de la instauración y difusión del protocolo, ya se precisó de su activación en 4 ocasiones.

Impacto

Este ciclo de mejora ha supuesto un impacto positivo notorio en la adecuación en la asistencia sanitaria del centro hacia los pacientes, mejorando innegablemente la calidad asistencial y, sobre todo, la seguridad del paciente. Igualmente, ha mejorado la percepción de los profesionales sobre el sistema al no verse desamparados ante la adversidad, y se ha hecho patente una mayor implicación por parte de la organización a la hora de establecer estructuras estandarizadas que permitan dar respuestas en momentos de incertidumbre, estableciendo las

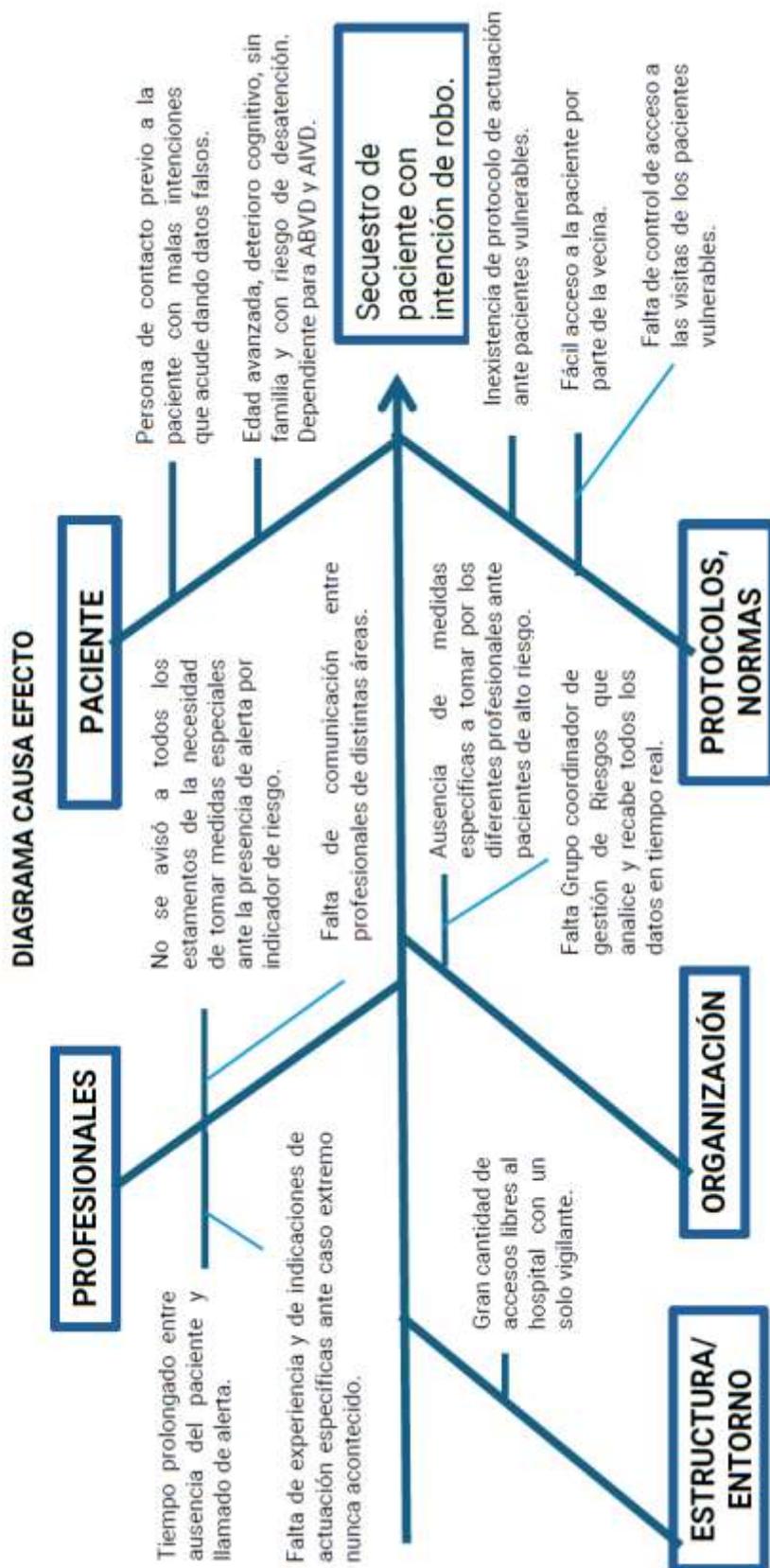
competencias específicas a realizar por cada profesional, lo que transmite seguridad en la actuación en el entorno de trabajo. Ante esto, se espera de igual manera que fomente la confianza del profesional a la hora de registrar eventos adversos a través de SINEA. Lo mejor de todo es que, como bien dice el nombre de ciclo de mejora o rueda de la innovación, esto quiere decir que este proceso no tiene un fin específico, sino que se retroalimenta a sí mismo a través de la experiencia, permitiendo que nuevas situaciones, la ocurrencia de otros eventos o el descubrimiento de tecnologías u otras actividades novedosas, supongan una mejora constante del proceso, empujando a la calidad asistencial y la seguridad del paciente hacia la excelencia.

Transferibilidad

Este ciclo de mejora, a través del protocolo de atención al paciente vulnerable, presenta una transferibilidad prácticamente completa debido a su fácil implantación en cualquier servicio de hospitalización, tanto en hospitales de agudos como en hospitales de atención a pacientes crónicos o de larga estancia. Además, convendría que se consensaran medidas entre los diferentes centros, dando así una mayor facilidad para la detección de nuevas medidas que puedan mejorar la asistencia de estos pacientes. Incluso existe la posibilidad de que pudiera extrapolarse al ámbito de la atención primaria con ciertas adaptaciones, ya que es aquí donde mejor se puede detectar las necesidades de estos pacientes, debido a que la detección en el ámbito hospitalario suele suceder cuando la situación ya ha resultado altamente peligrosa para los propios pacientes, para sus familiares/cuidadores o con daños a terceros.

Anexo I Diagrama de Ishikawa ACR secuestro

FASE 3: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS SUBYACENTE



Anexo II Ejemplo ACR atención al paciente complejo

Ficha resumen análisis Causa-Raíz (revisión de documento: 1 de julio 2024)

Se recuerda que no solicitamos en ningún momento datos personales, ni de los usuarios afectados, ni de los profesionales implicados.

1. Departamento de salud.

Hospital La Magdalena

2. Número de registro.

190260, 190624, 191147, 191279 y 191253

3. Mes del evento.

Septiembre- octubre. Fecha de informe 31/10/2024.

4. Evento Centinela Evento no Centinela

(Señala la que proceda)

5. Descripción y resumen del evento adverso.

Paciente varón de 72 años que ingresa en nuestro hospital el 02/09/24 procedente del HGUC desde el servicio de neurología con diagnóstico de Síndrome de Wernicke Korsakoff con amnesia y confabulaciones, enolismo crónico, problema social (de acompañante solo consta un amigo, escaso apoyo familiar por parte de las hermanas) y desnutrición. En el traslado se perdieron sus documentos personales.

El paciente presentó un comportamiento errático e inapropiado desde el mismo día del ingreso, situación que no constaba específicamente definida en la propuesta de internamiento. Demuestra una clara desorientación temporo-espacial y de realidad, con ideas delirantes y confabulaciones. En los sucesivos días (lleva dos meses de ingreso hasta la fecha) se le ha visto entrando en cualquier habitación de la sala de hospitalización, generando malestar en el resto de los pacientes y acompañantes, ya que incluso se toma la libertad de registrar y coger objetos personales de otras personas. Ha sido avistado en diferentes puntos del hospital como otras plantas de hospitalización, servicio de cocina, la planta del centro desocupada, realizando sus necesidades por cualquier lugar, llegando incluso a irse del hospital, encontrándolo unos transeúntes a unos cuantos metros del centro.

El paciente ha llegado a realizar acciones de alto riesgo tanto para el hospital como para sí mismo, como golpear una ventana con una botella de oxígeno (riesgo de explosión), entrar en habitaciones de pacientes aislados y restregarse deposiciones de su compañero de habitación (riesgo de transmisión y propagación de infecciones), entrar en habitaciones con objetos de riesgo como los controles de enfermería (riesgo de daño a terceros), fugarse del centro (riesgo de atropello), intentar ingerir gel hidroalcohólico (riesgo de intoxicación), discusiones con otros acompañantes de pacientes (riesgo de agresión).

Anexo III Protocolo de atención al paciente vulnerable

ANEXO IV. Diagrama de actuación ante paciente vulnerable.

