



Sistema de notificación de incidentes de seguridad en atención primaria

Herramienta para la gestión integral de riesgos sanitarios



Aplicación WEB para toda la Atención primaria de la Comunidad de Madrid **260 Centros de salud y 155 consultorios**



POBLACION (dic 2012)	6.326.937
PROFESIONALES (dic 2012)	Gerencia AP
Total Profesionales:	11.594
Profesionales Sanitarios:	9.156
Medicina de Familia:	3.523
Pediatría:	886
Enfermería:	3.288
Otros Sanit. (U.Apoyo):	1.459
Profesionales No Sanit:	2.438

- ❑ Grupo de trabajo.
- ❑ Mapeo e identificación de las aplicaciones existentes en las antiguas áreas de salud.
- ❑ Análisis de situación (experiencias en otras CCAA, en algunos servicios hospitalarios y en el propio Ministerio)
- ❑ Revisión bibliográfica para preparar el diseño.

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad



Accesibilidad (desde cualquier puesto).

Notificación voluntaria. (incidentes sin daño, errores de medicación)

Anónimo. Des-identificación.

Confidencial.

No punitivo. Orientado a la mejora.

Posibilita el análisis por expertos.

UNE179003/2010



Elaboración de un programa formativo para su puesta en marcha

Formación de formadores

Todos los miembros de las UFGR

Formación en cascada

Todos los responsables de seguridad del paciente de los CS

Formación interna

Formación a los profesionales

Manual de USO para UFGR y profesionales

Varias “DEMO”

Formación a demanda en los CS



Para dar respuesta a sus
objetivos

-  Identificar los problemas más frecuentes de seguridad acaecidos en los CS.
-  Ser una herramienta para la gestión integral de los riesgos.



Permite notificar errores de medicación / incidentes de seguridad.

Recoge los dos formularios.



PROFESIONAL

- Notificación On-line
- Formularios sistemáticos y detallados.
- Buzón de sugerencias (On-Line)
- Feed-back de agradecimiento



Permite seguimiento de la comunicación.



PROFESIONAL

Nº de notificación/ clave de acceso

Criterios de búsqueda

La aplicación avisa de la disponibilidad del informe



Devuelve información / crea cultura de seguridad.



PROFESIONAL

Visualiza su informe

Visualiza prácticas y recomendaciones
SEGURAS generalizables

La aplicación emite un aviso de que
existe una nueva práctica segura
generalizable



Gestión de todas las fases de evaluación del riesgo:
valoración, clasificación, análisis, informe, recomendaciones y prácticas seguras.

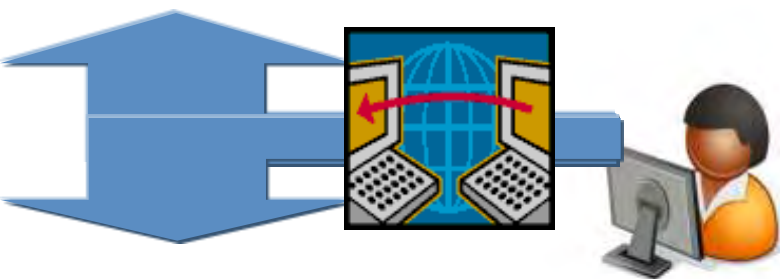


UFGRS

- Acceso restringido
- Recogida de la notificación On-line
- Gestión ordinaria de las mismas
- Clasificación en función de la gravedad y /o frecuencia
- Análisis del incidente/ conclusiones del análisis en función de su clasificación



Gestión de todas las fases de evaluación del riesgo:
valoración, clasificación, análisis, informe, recomendaciones y prácticas seguras.



UFGRS

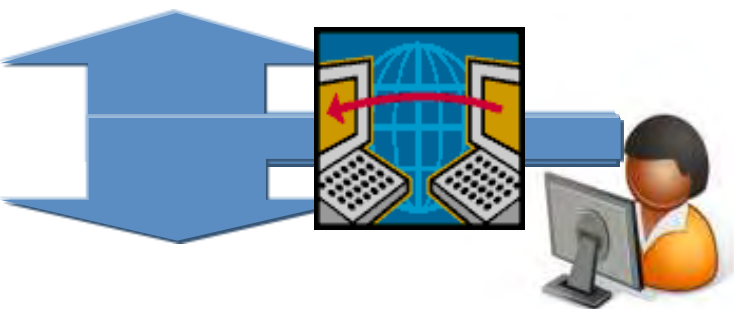
Agrupación de casos similares

- Generación de informes automáticos para estos casos
- Seguimiento del estado de las notificaciones. Casos nuevos, casos sin analizar
- Seguimiento de las analizadas
- Emisión de informes individuales



Gestión de todas las fases de evaluación del riesgo:

valoración, clasificación, análisis, informe, recomendaciones y prácticas seguras.



UFGRS

- Elaboración de recomendaciones y prácticas seguras generalizables
- Permite subir documentos de interés para el profesional
- La aplicación avisa a los profesionales de los CS de que hay una práctica o recomendación segura generalizable



Gestión global de la seguridad:

Búsqueda de incidentes en función de la clasificación/ tipificación

Listados de acceso a los diferentes incidentes (nuevos, pendientes de análisis, pendientes de informe ...)

Obtención de estadísticas que arrojan información agrupada por centro, por dirección asistencial y por Comunidad de Madrid

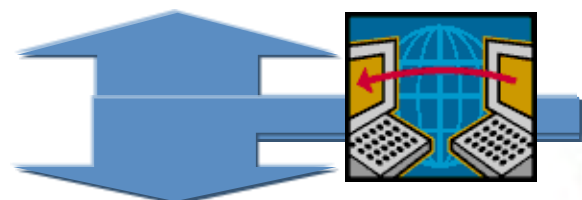
Gráficos dinámicos, agrupación automática de incidentes por categorías, factores causales etc

Distintos niveles de visualización

Posibilidad de integración con algún otro sistema : comunicación automatizada con el portal de Uso Seguro de Medicamentos



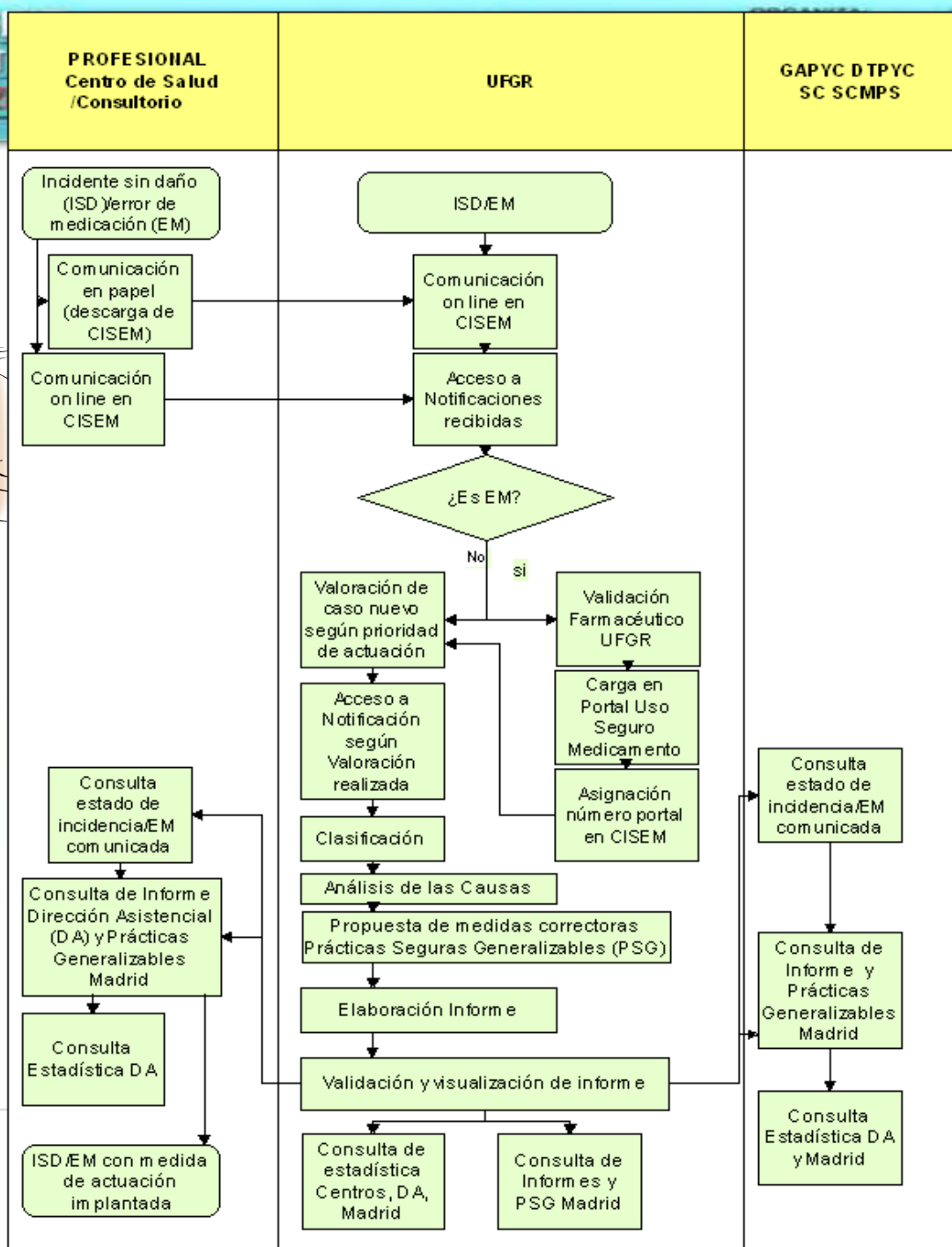
Profesional sanitario



UFGRS



Directivo







[INICIO](#) | [TRABAJAR CON SALUD@](#) | [FORMACIÓN](#) | [FARMACIA](#) | [HOSPITALES](#) | [PRIMARIA](#) | [CALIDAD](#) | [ATENCIÓN AL PACIENTE](#) | [ÁREAS TEMÁTICAS](#) | [ayuda](#)

 < Volver | Estoy en: [INICIO](#) > [PRIMARIA](#) 5 de abril de 2013

[Inicio](#)
[DG / Gerencia de Atención Primaria](#)
[Prevención y Promoción de la Salud](#)
[Aseguramiento y Tarjeta Sanitaria](#)
[Atención al usuario](#)
[Procesos asistenciales](#)
[Calidad](#)
[Seguridad del Paciente](#)
[Sistemas de Información](#)
[Espacio AP-Madrid](#)
[Docencia e Investigación](#)
[Recursos Humanos](#)
[Obras y Servicios Generales](#)
[Suministros](#)
[Gestión económica](#)

Área de Atención Primaria

CISEM-AP: Comunicación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación

Los sistemas de notificación y registro de incidentes constituyen una estrategia de promoción y prevención de la seguridad del paciente, orientada al aprendizaje a través del análisis de los eventos comunicados para evitar que puedan volver a repetirse.

CISEM-AP es una aplicación que se dirige a profesionales de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, con objeto de promover, unificar y canalizar la comunicación de incidentes de seguridad relacionados con la atención sanitaria recibida que no han generado daño a los pacientes, pero que podrían haberlo hecho en otras circunstancias.

CISEM-AP es un sistema de comunicación de carácter voluntario y confidencial, que no busca culpables sino conocer aquellas circunstancias que nos rodean y que favorecen la aparición de errores, para corregirlas en la medida de lo posible.

De igual manera, facilita la notificación de errores de medicación on line con objeto de ser recogidos con posterioridad en el portal de uso seguro de medicamentos, ser analizados y promover medidas y prácticas seguras.

Rellene la hoja de notificación de la forma más veraz y completa posible, aportando todos los datos que conozca del incidente, excepto datos personales, lo que ayudará a que el análisis sea más efectivo.

Fichas de procedimiento

Notificación de incidentes de seguridad sin daño y errores de medicación a las unidades funcionales de gestión de riesgos

- [DA CENTRO >>](#)
- [DA NORTE >>](#)
- [DA ESTE >>](#)
- [DA SURESTE >>](#)

pulse el icono para acceder a la aplicación



Documentos de Apoyo

- [Manual de uso de CISEMAP para profesionales...>>](#)
- [DEMO...>>](#)



15º CONGRESO AEGRIS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
11, 12, 13 DE ABRIL DE 2013



ORGANIZA:
aegRis
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria
Comunidad de Madrid



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

[Je Práct](#) [PSG](#) [Je Rec](#) [RSG](#)

[Encuestas](#)

[Buzón de Sugerencias](#)

[Glosario de Términos](#)

COMUNICAR

- Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño
- Comunicación de Errores de Medicación

CONSULTAR

- Consulta de Incidentes de Seguridad Sin Daño Notificados
- Consulta de Errores de Medicación Notificados

- Consulta de Estadística

**Acceso
Restringido**

Acceso a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos



Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10.02.2010, como apoyo a la implementación a la estrategia de Seguridad del Paciente

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.0

miércoles, 15 de junio de 2011

NOTIFICACIÓN EN PAPEL

FINALIZAR NOTIFICACIÓN Y ENVIAR

VOLVER

SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID
Seguimiento en ATENCIÓN PRIMARIA

Por favor, notifique todos los errores de medicación que puedan producirse en la utilización de medicamentos

Esta información es **CONFIDENCIAL**

(*) Campos obligatorios

(*)DIRECCIÓN ASISTENCIAL

CENTRO DE SALUD

Nº NOTIFICACIÓN

NOTIFICADOR

Nombre:

Tfno:

Correo electrónico:

(*)FECHA INCIDENTE

TURNO

¿FUE LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA?

☐ Habitual☐ Urgencias☐ Si☐ No☐ Se desconoce**TIPO DE ERROR**☐ Selección inapropiada del medicamento☐ Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación**CAUSA DEL ERROR**

Problemas en la interpretación de la prescripción:

☐ ambigua, ilegible, uso de abreviaturas, unidades de medida no aceptadas internacionalmente...☐ Incorrecta identificación del paciente**EVOLUCIÓN PACIENTE**☐ Circunstancias o eventos con capacidad de causar error☐ El error se produjo, pero no alcanzó al paciente



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

NOTIFICACIÓN EN PAPEL

FINALIZAR NOTIFICACIÓN Y ENVIAR

VOLVER

HOJA DE COMUNICACIÓN DE INCIDENTE SIN DAÑO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

¿Que es un incidente?

Es todo acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente.

¿Que es un incidente sin daño relacionado con la Seguridad del Paciente?

Es aquel suceso, consecuencia de la atención sanitaria recibida, que bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daño ni pérdidas al paciente, aunque en otras circunstancias pudiera haberlo producido.

El objetivo de comunicarlos es aprender y poder tomar decisiones para mejorar la seguridad del paciente, la de sus acompañantes y la de los profesionales dentro del entorno sanitario.

Esta información será tratada de forma confidencial por todos los miembros de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos que tienen acceso a la misma.
"La identidad de los pacientes, notificadores e instituciones no se revelará a un tercero".

Por favor, no deje de comunicar aunque falte alguna información.

(*) Campos obligatorios

DATOS DEL PACIENTE

Edad: años meses (niños < 24 meses)

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Evolución del paciente (se marcará la opción que corresponda, sólo una):

- ☐ Circunstancia o evento con capacidad de producir daño
- ☐ El suceso se produjo pero no llegó al paciente
- ☐ El suceso llegó al paciente pero no le causó daño
- ☐ El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
- ☐ Otros

ENTRADILLA



Edad: años meses (niños < 24 meses)

Sexo: ☒ Hombre ☐ Mujer

Evolución del paciente (se marcará la opción que corresponda, sólo una):

- ☐ Circunstancia o evento con capacidad de producir daño
- ☐ El suceso se produjo pero no llegó al paciente
- ☐ El suceso llegó al paciente pero no le causó daño
- ☐ El suceso alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño
- ☐ Otros

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

(*)Fecha del incidente:   Lugar donde ocurre: ☐ Centro de Salud ☐ Domicilio del paciente ☐ Hospital ☐ Otro

(*)Descripción detallada del incidente (lugar, categoría profesional, turno, sucesión de hechos...):

(No introduzca ningún dato identificativo relacionado con el paciente y/o profesional implicado. Dado el carácter confidencial de la notificación, cualquier información de esta índole será eliminada del sistema)

MUY IMPORTANTE

He escrito en la historia clínica de otro paciente que no es el que atendía un apunte que no le corresponde

Factores

- | | |
|--|---|
| ☐ Factores de comunicación entre profesionales | ☐ Factores ligados a tarea (protocolos) |
| ☐ Factores ligados a formación y aprendizaje | ☐ Factores ligados a equipamiento y dispositivos |
| ☐ Factores ligados a condiciones de trabajo y ambientales | ☐ Factores organizativos y estratégicos |
| ☐ Factores relacionados con los pacientes | ☐ Otros <input type="text"/> |

Probabilidad de que se repita el incidente:

- ☐ Muy poco probable ☐ Poco probable ☐ Probable ☐ Bastante probable ☐ Muy probable

Probabilidad de detectarlo en caso de repetición:

- ☐ Muy poco probable ☐ Poco probable ☐ Probable ☐ Bastante probable ☐ Muy probable



¿Sugiere alguna medida que disminuya la probabilidad de que ocurra el error?:

Medidas que disminuyan la probabilidad de ocurrir

¿Sugiere alguna medida que impida que llegue al paciente el incidente?:

Medidas que impidan que llegue al paciente

¿Sugiere alguna medida que aumente la probabilidad de detectarlo?:

Medidas que ayuden a su detección

Medidas
proactivas

Medidas reactivas

Categoría profesional del notificador:

Nombre y teléfono de contacto:

Correo electrónico:

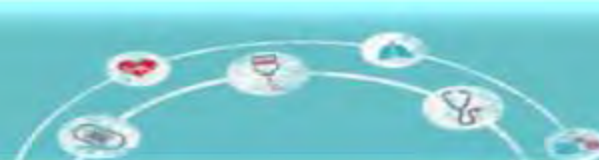
(*)Dirección Asistencial: Centro de Salud:

FINALIZAR NOTIFICACIÓN Y ENVIAR

VOLVER



15º CONGRESO AEGRI
SANTIAGO DE COMPOSTELA
11, 12, 13 DE ABRIL DE 2013



ORGANIZA:
aegRis
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación - Windows Internet Explorer

http://10.35.120.126/segpaciente/

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Go Translate Tu Horóscopo diario LogMeIn Sesión remota Casino Games Sinfía Radio

Search Go

Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y ...

Página Herramientas

CISEM^{AP}

SaludMadrid Gerencia de Atención Primaria

Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios

Comunidad de Madrid

La Suma de Todos

Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v 1.0

martes, 21 de junio de 2011

VOLVER

**Su notificación de Incidente de Seguridad Sin Daño
ha sido recibida correctamente y registrada**

con el N° 268

**El código de acceso al informe generado por la UFGR, previa disponibilidad, es:
Y441**

**Muchas gracias por contribuir a
la mejora de la seguridad del paciente**

DESCARGAR NOTIFICACIÓN **VOLVER**

Inicio

CANTANSIA CISEM

Comunicación de Inci...

Cantasia Getting Sta...

Presentación2

ES

20:11



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

 **Figuras**  **PSG**  **cciones**  **RSG**

 **Encuesta**  **Buzón de Sugerencias**  **Glosario de Términos**

Consultar

- Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño
- Comunicación de Errores de Medicación
- **Consulta de Incidentes de Seguridad Sin Daño Notificados**
- Consulta de Errores de Medicación Notificados
- Consulta de Estadística
- Acceso a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos



Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10.02.2010, como apoyo a la implementación a la estrategia de Seguridad del Paciente.

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v 1.0

miércoles, 15 de junio de 2011

VOLVER

**CONSULTA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO
DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

CRITERIOS DE BÚSQUEDA

Nº Fecha Incidente desde hasta Dirección Asistencial

Relacionados con Prácticas Seguras Generalizables ☐ No valorados como incidente ☐ Con informe ☐

Tipo de Incidente

SIN CLASIFICAR
GESTIÓN ORGANIZATIVA/CITACIONES
INFRAESTRUCTURAS
DISPOSITIVOS MÉDICOS/EQUIPAMIENTO/MOBILIARIO CLÍNICO
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
ACTIVIDADES PREVENTIVAS
VALORACIÓN CLÍNICA/DIAGNÓSTICO
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA/INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
MEDICACIÓN/VACUNAS
PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS
ACCIDENTES DEL PACIENTE
CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE
CONTINUIDAD ASISTENCIAL
OTROS

Buscar



DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CRITERIOS DE BÚSQUEDA

Nº Fecha Incidente desde  hasta  Dirección Asistencial

Con PSG / RSG ☐ No valorados como incidente ☐ Precisa información adicional ☐ Con informe ☐

Tipo de Incidente 

Nº	FECHA INCIDENTE	TIPO	PSG / RSG
 1	01/06/2011	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	No
2	28/05/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 14)	
3	26/05/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 10)	
 4	10/06/2011	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	No
5	20/04/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 36)	
6	03/06/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 38)	
7	12/06/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 15)	
 8	13/06/2011	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA/ INFORMACIÓN/ CONSENTIMIENTO INFORMADO	No
9	03/06/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: Es un error de medicación (nº 41)	
 10	01/06/2011	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	No



CRITERIOS DE BÚSQUEDA

Nº Fecha Incidente desde   hasta   Dirección Asistencial 

Con PSG / RSG ☐ No valorados como incidente ☐ Precisa información adicional ☐ Con informe ☐

Tipo de Incidente 

Nº	FECHA INCIDENTE	TIPO	PSG / RSG
 21	07/06/2011	NO VALORADO COMO INCIDENTE: No es un incidente de seguridad sin daño notificable	
 22	13/06/2011	CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE	No
 23	26/04/2011	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	No
 24	20/06/2011	INFRAESTRUCTURAS	Si
 25	20/06/2011	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	No
 26	11/06/2011	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	No
 27	24/05/2011	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	No
 28	23/05/2011	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	No
 29	20/06/2011	CONTINUIDAD ASISTENCIAL	No
 30	20/06/2011	GESTIÓN ORGANIZATIVA/CITACIONES	No



INFORME (validado)

Asunto:

retraso en el diagnóstico



Criterio de priorización:

- Baja probabilidad de detectarlo
- Factibilidad en las medidas

Valoración:

Análisis individual no prioritario

Tipo de Incidente:

Pruebas diagnósticas

Conclusiones del análisis:

El análisis concluye que será necesario valorar el circuito de interconsulta que está establecido con el hospital.



Medidas correctoras/Prácticas seguras:



Medida correctora/Práctica segura N°1:

Establecer un circuito para la cita preferente y otro para la urgente con el hospital de referencia

Responsable: GOCi

Fecha inicio: 23/12/2010

Fecha final: 30/04/2011

Indicador de evaluación:

Centros de salud con el circuito escrito. Centros de salud con el circuito implantando.

Generalizable: si



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

[Inicio](#) [d](#) [PSG](#) [bles B](#) [RSG](#)

[Encuesta](#)

[Buzón de Sugerencias](#)

[Glosario de Términos](#)

- [Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño](#)
- [Comunicación de Errores de Medicación](#)

- [Consulta de Incidentes de Seguridad Sin Daño Notificados](#)
- [Consulta de Errores de Medicación Notificados](#)

- [Consulta de Estadística](#)



- [Acceso a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos](#)



Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10.02.2010, como apoyo a la implementación a la estrategia de Seguridad del Paciente

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



15º CONGRESO AEGRIS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
11, 12, 13 DE ABRIL DE 2013



ORGANIZA:
aegRis
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

[VOLVER](#)

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS



Usuario

Contraseña

[ENTRAR](#)



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



15º CONGRESO AEGRIS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
11, 12, 13 DE ABRIL DE 2013

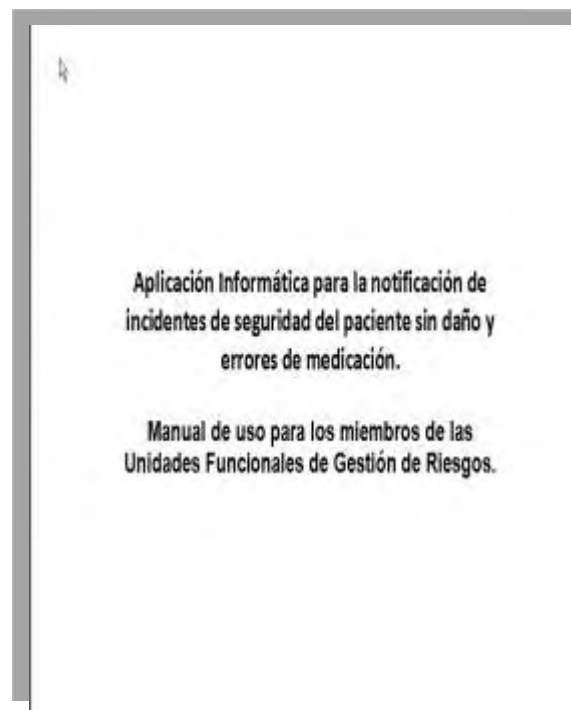


ORGANIZA:
aegRis
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Integración de CISEM en el trabajo diario de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR)

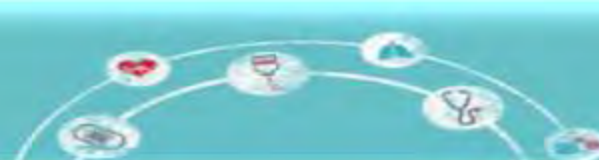


SIETE UFGRS



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

 **GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS**
Dirección Técnica de Procesos y Calidad

viernes, 5 de abril de 2013

 de Pr  PSG  de R  RSG  de R  RSL

 Encuesta  Buzón de Sugerencias  Glosario de Términos **INICIO**

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE RIESGOS

INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO

- 
- Acceder a notificaciones recibidas
 - Crear nueva notificación
 - Consultar Estadística

ERRORES DE MEDICACIÓN

- Acceder a notificaciones recibidas
- Crear nueva notificación
- Consultar Estadística

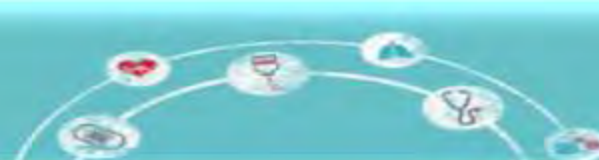
FORMACIÓN PARA UFGRS

- Video Tutorial
- Manual de Usuario
- Mejoras 2011-2012



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Observatorio Regional
de Riesgos Sanitarios



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.1.2.2

 **GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS**
Dirección Técnica de Procesos y Calidad

viernes, 5 de abril de 2013

VOLVER

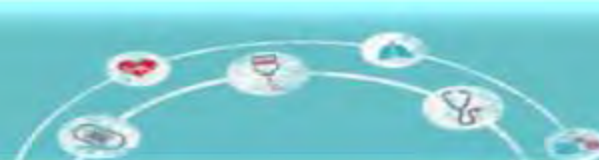
INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO

- Casos Nuevos
- Casos Valorados Pendientes de Analizar
 - Análisis Individual Prioritario
 - Análisis Individual No Prioritario
 - Análisis Agrupado
 - Análisis Demorable
- Buscar Casos



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v 1.2.2

GUADALUPE OLIVERA CAÑAD
Dirección Técnica de Procesos y Cali

viernes, 5 de abril de 2013

VOLVE

INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO

CASOS NUEVOS

DIRECCIÓN ASISTENCIAL CENTRO

Nº	FECHA REGISTRO	FECHA INCIDENTE	DIRECCIÓN ASISTENCIAL	CENTRO
☐ 2587	08/02/2013	17/02/2012	OESTE	HUMANES
☐ 2143	19/10/2012	14/09/2012	SUR	MARIA JESUS HEREZA
☐ 2541	28/01/2013	17/12/2012	OESTE	CASTILLA LA NUEVA
☐ 2525	25/01/2013	26/12/2012	OESTE	LA RIVOTA
☐ 2540	28/01/2013	02/01/2013	OESTE	CASTILLA LA NUEVA
☐ 2557	31/01/2013	15/01/2013	NORTE	REINA VICTORIA
☐ 2502	21/01/2013	18/01/2013	NORTE	PARACUELLOS DE JARAMA
☐ 2777	25/03/2013	21/01/2013	OESTE	HUMANES
☐ 2573	05/02/2013	24/01/2013	OESTE	PRESENTACION SABIO
☐ 2532	25/01/2013	25/01/2013	OESTE	GREGORIO MARAÑON

Página **1** de 5 Mostrando resultados del 1 al 10 de un total de 42



NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN

ANÁLISIS

MEDIDAS CORRECTORAS PRÁCTICAS SEGURAS

INFORME AL PROFESIONAL

INFORME UFGR

Fecha del incidente: 01/03/2013   Lugar donde ocurre: ☒ Centro de Salud ☐ Domicilio del paciente ☐ Hospital ☐ Otro

Descripción detallada del incidente (lugar, categoría profesional, turno, sucesión de hechos...):

(No introduzca ningún dato identificativo relacionado con el paciente y/o profesional implicado. Dado el carácter confidencial de la notificación, cualquier información de esta ir será eliminada del sistema)

PACIENTE CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA SALA DE URGENCIAS , SE PRECISA OXIGENO Y LA BALA ESTA VACIA. SOLO HAY 2 MANOMETROS EN EL CENTRO DE SALUD.

Factores que pudieron contribuir al incidente (puede marcar varias opciones): 

- | | |
|--|--|
| ☐ Factores individuales de los profesionales | ☐ Factores de trabajo en equipo y sociales |
| ☐ Factores de comunicación entre profesionales | ☐ Factores ligados a tarea (protocolos) |
| ☐ Factores ligados a formación y aprendizaje | ☒ Factores ligados a equipamiento y dispositivos |
| ☐ Factores ligados a condiciones de trabajo y ambientales | ☐ Factores organizativos y estratégicos |
| ☐ Factores relacionados con los pacientes | ☐ Otros <input type="text"/> |

Probabilidad de que se repita el incidente:

- ☐ Muy poco probable ☐ Poco probable ☒ Probable ☐ Bastante probable ☐ Muy probable

Probabilidad de detectarlo en caso de repetición:

- ☐ Muy poco probable ☐ Poco probable ☐ Probable ☐ Bastante probable ☒ Muy probable

¿Sugiere alguna medida que disminuya la probabilidad de que ocurra el error?:

AUMENTAR LA CANTIDAD DE MANOMETROS EN EL CENTRO DE SALUD

¿Sugiere alguna medida que impida que llegue al paciente el error?:

¿Sugiere alguna medida que aumente la probabilidad de detectarlo?:



Gerencia de Atención Primaria



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v 1.0

GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS
Dirección Técnica de Procesos y Calidad

miércoles, 15 de junio de 2011

[VOLVER](#)

NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN Y
VALORACIÓN

ANÁLISIS

MEDIDAS CORRECTORAS
PRÁCTICAS SEGURAS

INFORME AL
PROFESIONAL

INFORME
UFGR

INCIDENTE DE SEGURIDAD SIN DAÑO Nº 5

CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE

Fecha de valoración inicial del incidente:

Asunto:

Criterios de priorización:

- ☐ Alta Probabilidad de que se repita
- ☐ Baja probabilidad de detectarlo
- ☐ Impacto potencialmente grave en el paciente
- ☐ Factibilidad en las medidas
- ☐ Otros

Motivos de no valoración:

Valoración inicial: ⓘ

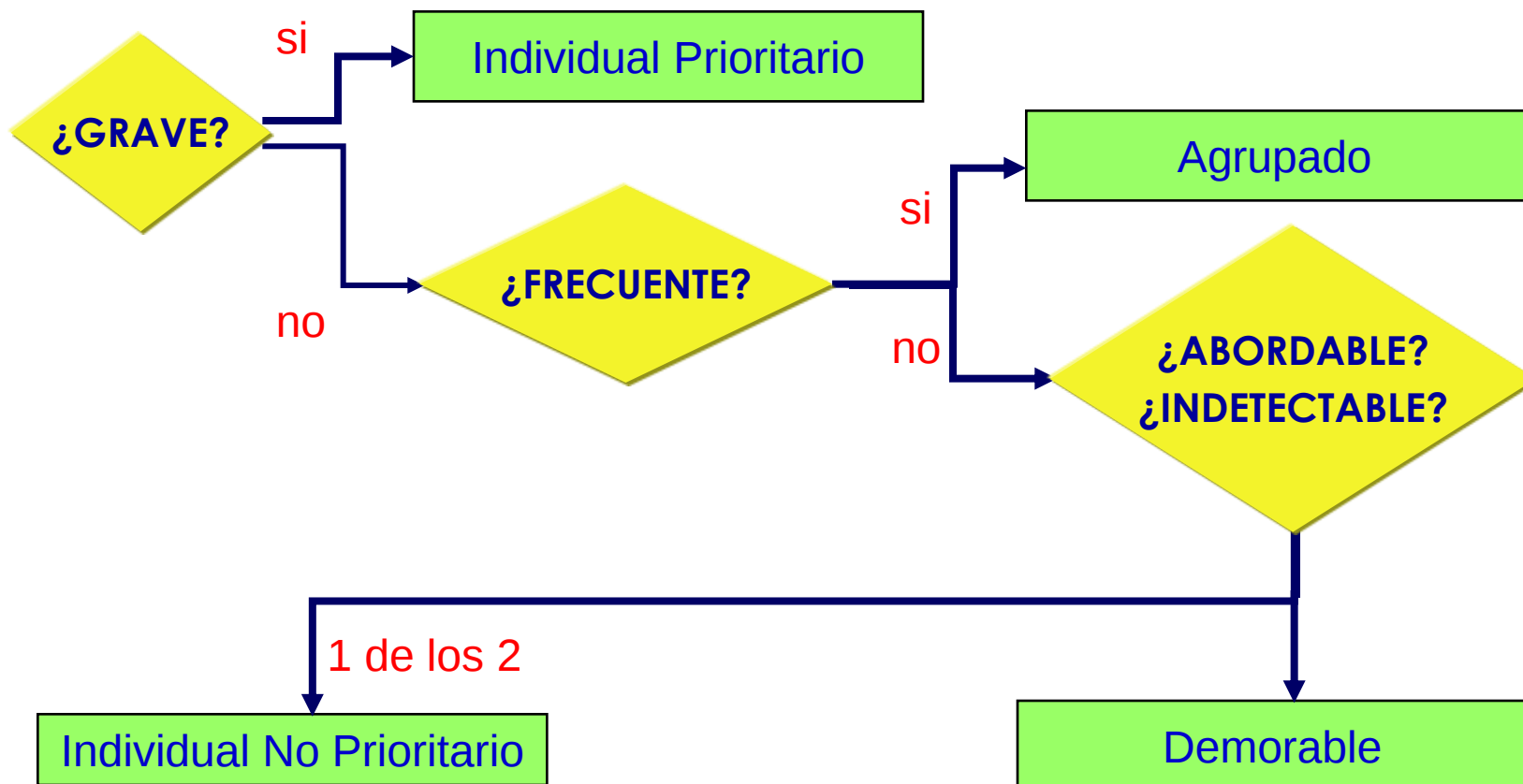


Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



MUCHAS NOTIFICACIONES





NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN
Y VALORACIÓN

ANÁLISIS

MEDIDAS
CORRECTORAS
PRÁCTICAS SEGURAS

INFORME AL
PROFESIONAL

INFORME
UFGR

INCIDENTE DE SEGURIDAD SIN DAÑO N° 2810

CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE

Fecha valoración inicial incidente:



Asunto:

Criterios de priorización:

- ☐ Impacto potencialmente grave en el paciente
- ☐ Alta Probabilidad de que se repita
- ☐ Baja probabilidad de detectarlo
- ☐ Factibilidad en las medidas
- ☐ Otros

Información adicional:

Motivos de no valoración:

Valoración inicial:



- Análisis individual prioritario
- Análisis individual no prioritario
- Análisis agrupado
- Análisis demorable





NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN
Y VALORACIÓN

Fecha de valoración inicial del incidente:

Criterios de priorización:

- ☐ Alta Probabilidad de que se repita
☐ Baja probabilidad de detectarlo
☐ Impacto potencialmente grave en el paciente
☐ Factibilidad en las medidas
☐ Otros

Información adicional:

Tipo de incidente:

- ☐ Gestión organizativa/citaciones
☐ Dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario
☐ Actividades preventivas
☐ Documentación clínica/información/consentimiento
☐ Medicación/vacunas
☐ Accidentes del paciente
☐ Continuidad asistencial

Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación - Windows Internet Explorer

TIPO DE INCIDENTES

Con qué está relacionado el incidente:

Pueden aparecer en cualquier momento de la atención. Cada apartado incluye errores o problemas relacionados con los aspectos que se describen.

Debe señalarse una única categoría, que será la más relacionada con el incidente a juicio del notificador.

1. Gestión organizativa/ citas: Obtención de cuidados o tratamiento. Incluye citación, gestión administrativa de ingresos/altas, derivación entre consultas, traslados entre centros, tiempos de espera, dotación y organización de recursos humanos, normalización de procesos (protocolos, procedimientos, guías clínicas, etc)

2. Infraestructuras: Estado y situación del edificio físico y sus espacios, las instalaciones (climatización, gases medicinales oxígeno, domótica...) y del mobiliario fijo para adecuar la asistencia a las necesidades de los pacientes.

3. Dispositivos médicos/ equipamiento/ mobiliario clínico: Disponibilidad, funcionamiento, uso, mantenimiento de equipos, productos sanitarios o mobiliario clínico. También incluye la falta de equipos, fallos en los equipos o en mantenimiento o si el personal no sabe como se usa el equipo.

4. Identificación del paciente: Registro y/o comprobación de datos de identificación del paciente.

5. Actividades preventivas: Actividades para prevenir la aparición de enfermedades incluidas en cartera de servicio excluida la profilaxis antibiótica en cirugía y las propias de las infecciones ligadas a la atención.

6. Valoración clínica/diagnóstico: Incluye ausencia, retrasos o errores en el proceso de valoración clínica (anamnesis exploración física), siempre que no estén relacionados básicamente con un proceso quirúrgico o una prueba diagnóstica concreta.

7. Documentación clínica/ información/ consentimiento informado: Disponibilidad, legibilidad, adecuación de historia clínica, informes, resultados de pruebas y otros documentos o registros. También se incluye la pérdida de historia informe /documentación / resultados de pruebas si son ilegibles o incorrectos. Transmisión de la información oral o escrita.

GUARDAR CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN



miércoles, 15 de junio de 2011

[VOLVER](#)

NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN Y
VALORACIÓN

ANÁLISIS

MEDIDAS CORRECTORAS
PRÁCTICAS SEGURAS

INFORME AL
PROFESIONAL

INFORME
UFGR

INCIDENTE DE SEGURIDAD SIN DAÑO Nº 5

ANÁLISIS DEL INCIDENTE

Fecha del análisis:

Análisis:

Herramienta(s) utilizada(s) para el análisis:

- ☐ AMFE (Análisis Modal de Fallos y Efectos)
- ☐ Análisis causa raíz
- ☐ Protocolo de Londres
- ☐ Auditorías de eventos significativos (AES)
- ☐ Entrevistas
- ☐ Grupos de discusión
- ☐ Briefing

- ☐ Auditorías
- ☐ Espina de pescado (Diagrama de Ishikawa)
- ☐ Revisión de Historias Clínicas
- ☐ Grupos focales
- ☐ Análisis de sistemas
- ☐ 5 por qué
- ☐ Otras herramientas

Conclusiones del análisis:



miércoles 15 de junio de 2011

[VOLVER](#)

NOTIFICACIÓN

CLASIFICACIÓN Y
VALORACIÓN

ANÁLISIS

MEDIDAS CORRECTORAS
PRÁCTICAS SEGURAS

INFORME AL
PROFESIONAL

INFORME
UFGR

INCIDENTE DE SEGURIDAD SIN DAÑO Nº 5

NUEVA MEDIDA CORRECTORA

Medida correctora/Práctica segura: ⓘ

Responsable:

Fecha inicio:

Fecha final:

Indicador de evaluación:

Práctica segura generalizable: ⓘ ☐ Sí ☐ No

Resumen de Medida correctora/Práctica segura:

GUARDAR MEDIDAS CORRECTORAS

AÑADIR MEDIDA CORRECTORA



Gerencia de Atención Primaria



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v 1.0

 **GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS**
Dirección Técnica de Procesos y Calidad

miércoles, 15 de junio de 2011

[VOLVER](#)

INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO

- Casos Nuevos
- Casos Valorados Pendientes de Analizar
 - Análisis Individual Prioritario
 - Análisis Individual No Prioritario
 - Análisis Agrupado
 - Análisis Demorable
- Buscar Casos



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Nº	FECHA	TIPO	ASUNTO
2076	07/08/2012	Identificación del paciente	error al registrar en la historia de otro paciente
2369	05/11/2012	Identificación del paciente	error en la pauta de un sitrom por equivocacion de historia clinica
2481	22/11/2012	Identificación del paciente	error en la identificación de un paciente al hacerse radiología
2402	11/12/2012	Identificación del paciente	Identificación no correcta de un paciente al entregarle una prueba diagnostica
2551	28/01/2013	Identificación del paciente	error al escribir en historia clinica de otro paciente
2762	11/03/2013	Identificación del paciente	Confusion, se da el volante de un paciente a otro
1639	02/07/2012	Identificación del paciente	Se pone tratamiento a un paciente equivocado
1488	29/05/2012	Identificación del paciente	Error en la identificación del paciente
1497	05/06/2012	Identificación del paciente	Identificación inadecuada del paciente
1731	11/07/2012	Identificación del paciente	Se da informe a paciente con analítica que no le habían realizado
1800	31/07/2012	Identificación del paciente	error en la identificación del paciente
828	18/01/2012	Identificación del paciente	Error en la identificación de paciente a la hora de darle una prueba diagnostica
1818	03/08/2012	Identificación del paciente	error en la identificación de paciente por nombre y primer apellido igual
970	20/12/2011	Identificación del paciente	error en la historia clinica de una paciente donde constan apuntes de un

NO ○

14/08/2012

DANO_ error en la identificación del paciente en la consulta médica



Se agrupan todas las notificaciones en las que lo sucedido es muy parecido (ej. error con el disolvente de la vacuna...)

Se analiza cada uno de los grupos de forma retrospectiva

LO QUE HA OCURRIDO

VENTAJAS: Se da respuesta concreta a lo notificado

Se seleccionan aquellos procesos en los que se concentran notificaciones entendiéndolos como procesos con riesgos)

Se analizan procesos seleccionados de forma retrospectiva/prospectiva.

LO QUE PUEDE OCURRIR

VENTAJAS: Se agrupa más (menos tiempo necesario). Se actúa sobre errores no detectados



Servicio Madrileño de Salud

Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid
EM
La Suma de Todos

Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

viernes, 5 de abril de 2013

[De Práct](#)

[PSG](#)

[De Rec](#)

[RSG](#)



[Encuesta](#)



[Buzón de Sugerencias](#)



[Glosario de Términos](#)

- [Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño](#)

- [Comunicación de Errores de Medicación](#)

- [Consulta de Incidentes de Seguridad Sin Daño Notificados](#)

- [Consulta de Errores de Medicación Notificados](#)

- [Consulta de Estadística](#)

- [Acceso a la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos](#)



Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2010 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que fueron aprobados en el CISNS de fecha 10.02.2010, como apoyo a la implementación a la estrategia de Seguridad del Paciente

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Servicio Madrileño de Salud

Gerencia de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CÓDIGO	TÍTULO	NOTIFICACIÓN	TIPO	DA	FECHA	Nº ASOCIADO
RSG_10	 Uso correcto del augmentine plus.pdf	Error	-	-	27/02/2013	-
RSG_9	 RSG_Identificación de pacientes.pdf	Incidente	-	-	20/02/2013	-
RSG_8	 Técnica segura insulina.pdf	Incidente	-	-	08/02/2013	-
RSG_7	 Control y mantenimiento de medicación de botiquines.pdf	Error	-	-	25/01/2013	-
RSG_5	 Indicaciones uso Clorhexidina en AP.pdf	Incidente	-	-	21/01/2013	-
RSG_6	 Sugerencias para mejorar la adherencia al tratamiento.pdf	Error	-	-	21/01/2013	-
RSG_4	 Medidas para evitar la pérdida de conectores O2.pdf	Incidente	-	-	03/01/2013	-
RSG_2	 Comunicacion_medico-paciente_en_la_prescripcion_de_medicamentos.pdf	Error	Frecuencia de administración incorrecta	SE	03/01/2013	1122
RSG_3	 Interaccion entre repaglinida-gemfibrozilo.pdf	Error	Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	SE	03/01/2013	2258
RSG_1	 RSG_TAO_COAGUCHEK_sept_2012.pdf	Incidente	Dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico	S	10/09/2012	1932



Servicio Madrileño de Salud
 Gerencia de Atención Primaria
 Comunidad de Madrid



**Unidades Funcionales de
 Gestión de Riesgos Sanitarios**

RECOMENDACIÓN DE SEGURIDAD GENERALIZABLE

“Uso correcto de Augmentine plus”

1. Elaborada por:

Comisión para el uso racional de antimicrobianos y Unidad funcional de gestión de riesgos de la Dirección Asistencial Noroeste

2. Área con que está relacionada

Medicación

3. Alcance (ámbito local/ámbito general)

General: todos los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

4.- Justificación

En los últimos meses se han detectado en la Unidad funcional de gestión de riesgos de la Dirección Asistencial Noroeste diferentes casos relacionados con una incorrecta utilización de Amoxicilina/Clavulánico 1.000/62,5 mg tanto en la frecuencia y dosis de administración como en su indicación.

Indicación Ficha Técnica.

Augmentine Plus® está indicado exclusivamente para el tratamiento de Neumonía Adquirida en la Comunidad en adultos y adolescentes de al menos 16 años causada o que se piensa que está causada por *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina¹. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales referentes al uso apropiado de agentes antibacterianos¹.

DOSIS ADECUADA¹

Edad	Dosis	Duración
≥ 16 AÑOS	2 comprimidos cada 12 horas	7 – 10 días
< 16 AÑOS	NO INDICADO	*****

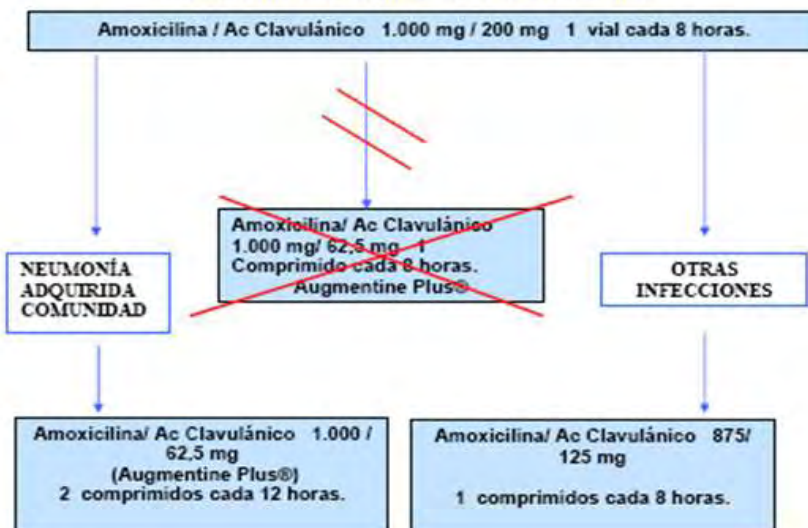


Servicio Madrileño de Salud
 Gerencia de Atención Primaria
 Comunidad de Madrid



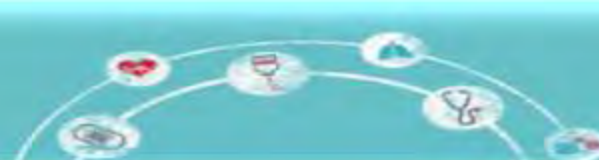
**Unidades Funcionales de
 Gestión de Riesgos Sanitarios**

Cambio de dosis parenteral a dosis oral



6. Acciones de mejora.

- Difusión de esta recomendación segura generalizable a todos los profesionales de atención primaria.
- Los profesionales deben ser conscientes de la importancia de un uso racional en el uso de antibióticos. Por ello, antes de prescribir cualquier antibiótico se recomienda:
 - Sopesar el beneficio / riesgo de su uso.
 - Usar siempre el más efectivo según la patología del paciente
 - Hacer un uso eficiente de los antibióticos.
 - Mejorar la adherencia terapéutica del paciente con una buena información.
 - Prescribir la dosis y el tiempo recomendado según patología.



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Comunicación de Incidentes de Seguridad Sin Daño y Errores de Medicación v1.2.2

GUADALUPE OLIVERA CAÑADAS
Dirección Técnica de Procesos y Calidad

viernes, 5 de abril de 2013



VOLVER

ESTADÍSTICA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD SIN DAÑO

Fecha desde hasta Dir. Asist: Centro:

Desagregado por Centros de Salud: ☐

• Excel de Explotación Estadística

• Excel de Seguimiento de Informes

• N° total de incidentes

• Distribución por lugar del incidente

• Tasa por 1000 profesionales

• Distribución por tipo de incidente

• Distribución por sexo

• Distribución por factores contribuyentes

• Distribución por edad

• Distribución por herramientas

• Distribución por evolución del paciente

• Distribución por incidentes analizados

• Distribución por valoración inicial del incidente

• Distribución por incidentes con informe de medidas

• Distribución por categoría profesional del notificante

• Distribución por incidentes con PSG / RSG

• Distribución por tipo de notificación

• Distribución por incidentes con PSG / RSG por tipo



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



Estadística de Incidentes de Seguridad Sin Daño

Distribución por Tipo de Notificación

Comunidad de Madrid

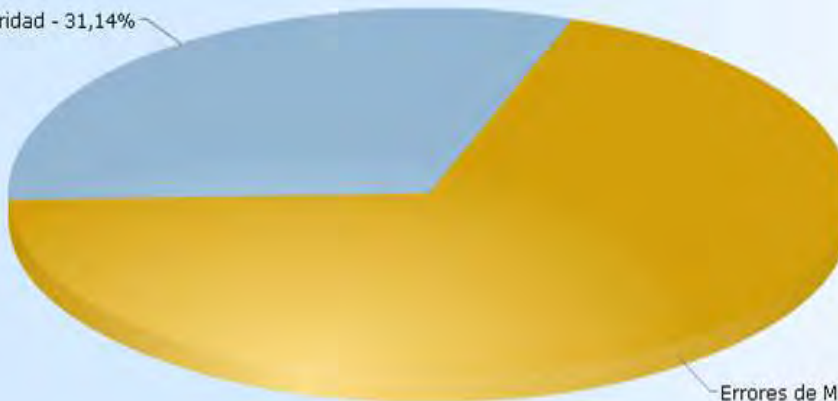
[EXPORTAR A PDF](#)

[EXPORTAR DATOS](#)

[VOLVER](#)

Distribución por tipo de notificación

Incidentes de Seguridad - 31,14%



Errores de Medicación - 68,86%



Nº DE INCIDENTES	Nº DE ERRORES
1665 (31,14 %)	3682 (68,86 %)

JUNIO 2011 hasta 1 de abril de 2013

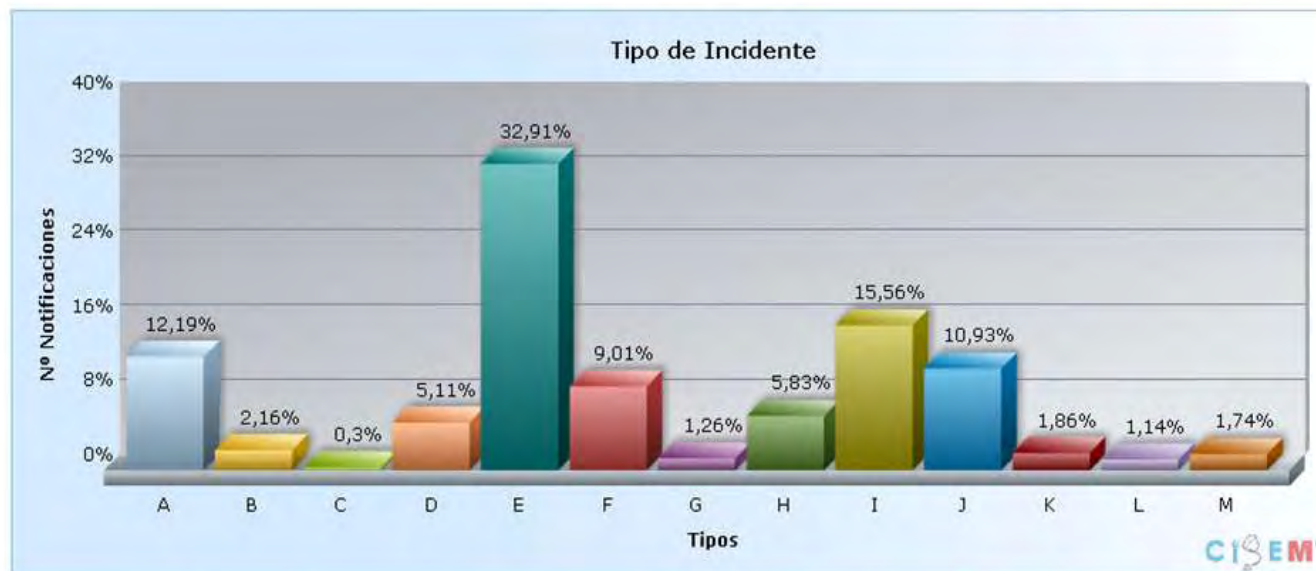


RESULTADOS

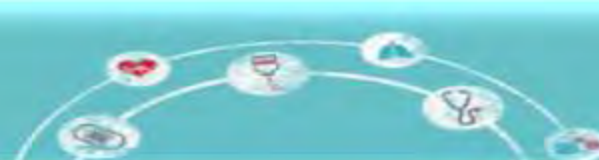
EXPORTAR A PDF

EXPORTAR DATOS

VOLVER



TIPO	Nº DE INCIDENTES
A Identificación del paciente	203 (12,19 %)
B Valoración clínica/diagnóstico	36 (2,16 %)
C Actividades preventivas	5 (0,30 %)
D Documentación clínica/información/consentimiento informado	85 (5,11 %)
E Dispositivos médicos/equipamiento/mobiliario clínico	548 (32,91 %)
F Gestión organizativa/citaciones	150 (9,01 %)
G Accidentes del paciente	21 (1,26 %)
H Continuidad asistencial	97 (5,83 %)
I Pruebas diagnósticas	259 (15,56 %)
J Infraestructuras	182 (10,93 %)
K Cuidados y seguimiento del paciente	31 (1,86 %)
L Procedimientos terapéuticos	19 (1,14 %)
M Otros	29 (1,74 %)



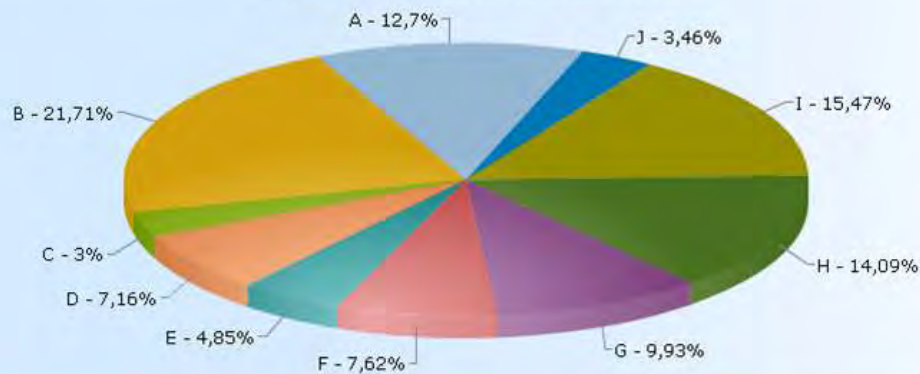
Estadística de Incidentes de Seguridad Sin Daño

Distribución por Factores Contribuyentes
(Dirección Asistencial Noroeste)

[EXPORTAR A PDF](#)

[VOLVER](#)

Factores Contribuyentes al Incidente



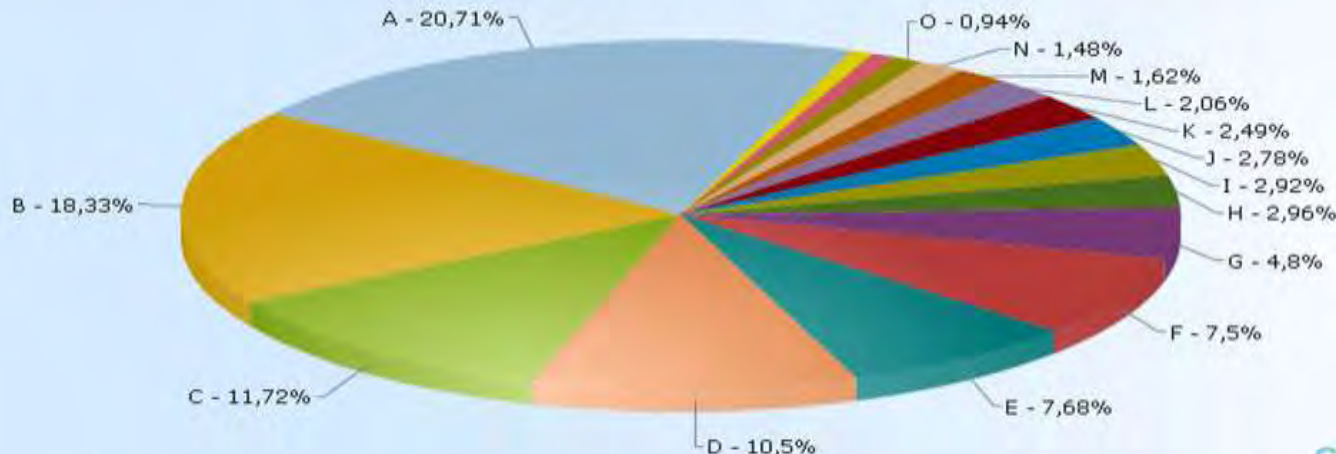
FACTOR	Nº DE INCIDENTES
A Factores organizativos y estratégicos	55 (12,70 %)
B Factores ligados a equipamiento y dispositivos	94 (21,71 %)
C Factores relacionados con los pacientes	13 (3,00 %)
D Factores de trabajo en equipo y sociales	31 (7,16 %)
E Factores ligados a formación y aprendizaje	21 (4,85 %)
F Factores ligados a tarea (protocolos)	33 (7,62 %)
G Factores de comunicación entre profesionales	43 (9,93 %)
H Factores ligados a condiciones de trabajo y ambientales	61 (14,09 %)
I Factores individuales de los profesionales	67 (15,47 %)
J Otros	15 (3,46 %)

RESULTADOS



RESULTADOS

Tipo de Error de Medicación



CISEM™

TIPO	Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN
A Error en la dosis: omisión o incorrecta	574 (20,71 %)
B Selección inapropiada del medicamento	508 (18,33 %)
C Se prescribe un medicamento que no está comercializado	325 (11,72 %)
D Se prescribe un medicamento que no suministran los distribuidores	291 (10,50 %)
E Duplicidad de medicamentos o utilización de fármacos innecesarios	213 (7,68 %)
F Forma farmacéutica errónea	208 (7,50 %)
G Frecuencia de administración incorrecta	133 (4,80 %)
H Falta de cumplimiento del paciente	82 (2,96 %)
I Medicamento deteriorado: caducado, mal conservado o con defectos en la calidad	81 (2,92 %)
J Error en la preparación/manipulación/accondicionamiento	77 (2,78 %)
K Prescripción y/o utilización de fármacos fuera de indicación	69 (2,49 %)
L Paciente equivocado	57 (2,06 %)
M Prescripción y/o utilización de fármacos contraindicados en ficha técnica	45 (1,62 %)
N Duración del tratamiento incorrecta	41 (1,48 %)
O Técnica de administración incorrecta	26 (0,94 %)
P Vía de administración incorrecta	22 (0,79 %)



RESULTADOS

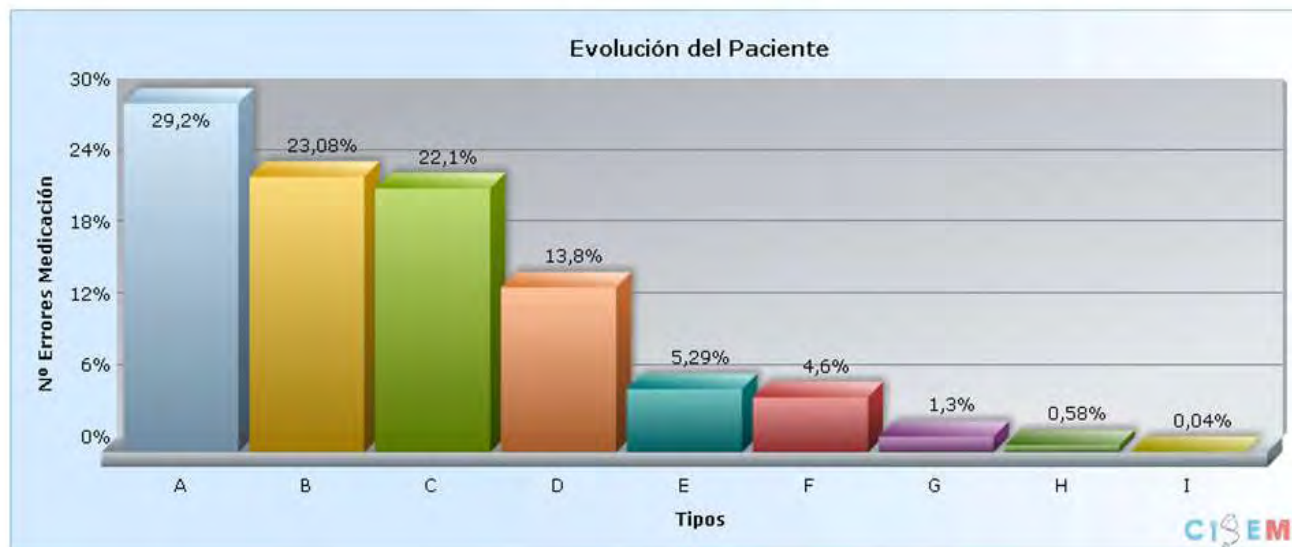


Evolución de Errores de Medicación
Distribución por Evolución del Paciente
Comunidad de Madrid desde el 01/01/2012 hasta el 01/04/2013

[EXPORTAR A PDF](#)

[EXPORTAR DATOS](#)

[VOLVER](#)



EVOLUCIÓN		Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN
A	El fármaco erróneo se administra aunque no se produjo daño	806 (29.20 %)
B	Circunstancias o eventos con capacidad de causar error	637 (23.08 %)
C	El error llega al paciente pero no se administra	610 (22.10 %)
D	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente	381 (13.80 %)
E	El paciente requirió monitorización y/o intervención aunque no se produjo daño	146 (5.29 %)
F	El paciente presentó un daño temporal que requirió intervención	127 (4.60 %)
G	El error se ha producido, pero no se ha podido hacer seguimiento y conocer el daño	36 (1.30 %)
H	El paciente ha precisado o prolongado la hospitalización	16 (0.58 %)
I	Se ha requerido intervención para mantener la vida del paciente	1 (0.04 %)



RESULTADOS



Estadística de Errores de Medicación

Distribución por Errores de Medicación Analizados
Comunidad de Madrid desde el 01/01/2012 hasta el 01/04/2013

[EXPORTAR A PDF](#)

[EXPORTAR DATOS](#)

[VOLVER](#)

Errores de Medicación Analizados



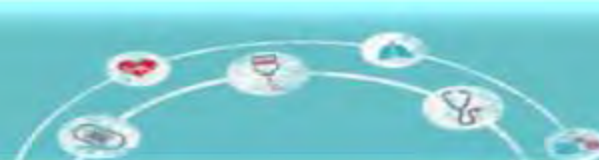
Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN ANALIZADOS

2144 (74,86 %)



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



Estadística de Errores de Medicación

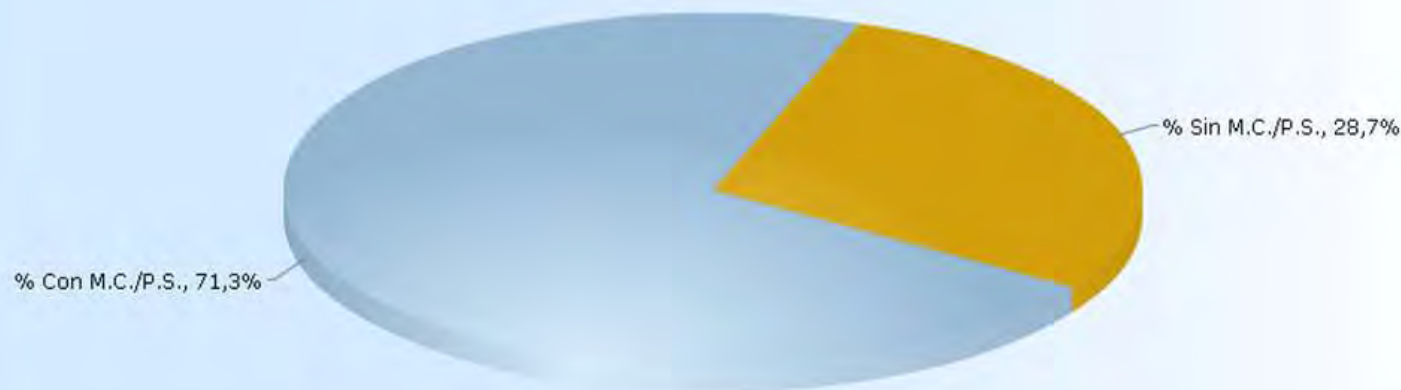
Distribución por Errores con Medidas de Seguridad / Prácticas Seguras
Comunidad de Madrid desde el 01/01/2012 hasta el 01/04/2013

[EXPORTAR A PDF](#)

[EXPORTAR DATOS](#)

[VOLVER](#)

Errores con Medidas de Seguridad/Prácticas Seguras



CISEM™

**Nº DE ERRORES DE MEDICACIÓN CON MEDIDAS
CORRECTORAS/PRÁCTICAS SEGURAS**

2042 (71,30 %)



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



CONCLUSIONES

Herramienta de comunicación al servicio de todos los profesionales.

Contribuye a identificar puntos débiles del sistema.

Permite el desarrollo de estrategias de prevención y detección.

Difunde la cultura de seguridad.

Fomenta la participación en la mejora de la seguridad gracias al feedback a los profesionales.



15º CONGRESO AEGRIS
SANTIAGO DE COMPOSTELA
11, 12, 13 DE ABRIL DE 2013



ORGANIZA:
aegRis
ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
GESTIÓN DE
RIESGOS SANITARIOS
Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Muchas gracias



Servicio Madrileño de Salud
Gerencia de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**