

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

20 20



Edita: Osakidetza. C/ Álava, 45 - 01006 Vitoria-Gasteiz
Edición: 1ª. Enero 2018
© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza 2018
Internet: www.osakidetza.euskadi.eus
e-mail: coordinacion@osakidetza.eus
D.L.: BI-317-2018

**ESTRATEGIA
DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

20 20



PRESENTACIÓN

En las sociedades avanzadas correspondientes a países desarrollados, la Seguridad del Paciente constituye un elemento consustancial de la asistencia sanitaria. En efecto, en nuestro medio y en este siglo XXI, la ciudadanía considera legítimamente, que las prestaciones asistenciales deben ser seguras y exentas de consecuencias negativas para el paciente. Sin embargo, a pesar de la cualificación de los profesionales y de la disponibilidad de tecnología cada vez más avanzada, hay que contemplar una cierta probabilidad de riesgo que puede materializarse bajo la forma de diferentes incidentes de Seguridad.

En la mayoría de las ocasiones, los incidentes de Seguridad no ocasionan daño al paciente pero en otras sí lo hacen constituyendo los denominados eventos adversos que pueden conllevar graves consecuencias. Estos incidentes pueden asociarse con múltiples actividades asistenciales y producirse en diferentes ámbitos. De este modo, por desgracia, el abanico de posibilidades es amplio y constituyen ejemplos del mismo las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, los incidentes asociados a los procedimientos quirúrgicos, los errores de identificación del paciente o los incidentes relacionados con la administración de determinados fármacos.

La esencia del concepto “Seguridad del Paciente” se remonta a los orígenes de nuestra civilización en absoluta coherencia con el principio hipocrático “primum non nocere”. En efecto, la aplicación de la lógica marca como primera prioridad de cualquier proceso asistencial que éste no ocasione daño alguno para el paciente.

Sin embargo, lo que entendemos hoy en día por “Seguridad del Paciente”, este conjunto de actividades, acciones y proyectos destinados a promover la cultura de la Seguridad y a reducir la probabilidad de ocurrencia de los incidentes de Seguridad ostenta una trayectoria mucho más corta.

En realidad, es en el año 2004 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza su “Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente” que, en un primer momento, centra sus esfuerzos en la promoción de la higiene de manos, de la cirugía segura y de la lucha frente a las resistencias antimicrobianas.

Así mismo, la Unión Europea establece en el año 2006 un marco político en materia de Seguridad e inicia el despliegue de los sistemas de notificación de incidentes. En paralelo, se progresa en el conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos con la realización de estudios específicos en diferentes estados de la Unión. En nuestro medio, el estudio ENEAS se desarrolló en el ámbito hospitalario y el APEAS en el de la Atención Primaria.

Por lo tanto, la Seguridad del Paciente se ha erigido como un programa de salud prioritario en nuestros países desarrollados desde hace poco más de una década.

En Euskadi existe una trayectoria previa de trabajo bien consolidada en diferentes áreas como pueden ser:

- La prevención y el control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (plan INOZ)
- La seguridad transfusional
- Las buenas prácticas en determinados cuidados de enfermería
- La protección radiológica



No obstante, es en el año 2013 cuando se edita el primer documento de difusión pública que recoge los diferentes proyectos en materia de Seguridad del Paciente impulsados por el sistema sanitario público vasco. Se trata de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Esta publicación representa un sustancial ejercicio de mejora continua por parte del Departamento de Salud y de Osakidetza en el que han participado directamente más de 300 profesionales y que se ha materializado en consecuciones concretas entre las que se pueden citar:

- La implantación de un brazalete corporativo para el conjunto de Osakidetza que garantiza la identificación externa inequívoca de los pacientes.
- Un protocolo innovador de Seguridad del recién nacido.
- Una campaña destinada a la implicación de las personas en su propia seguridad, pionera en el conjunto del Estado.

Además, la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 ha supuesto un compromiso de rendición de cuentas que se ha traducido en una evaluación puesta a disposición del conjunto de la ciudadanía.

En esta legislatura 2017-2020, el objetivo es el de garantizar la continuidad del conjunto de líneas de acción y de proyectos implantados incorporando el aprendizaje logrado en estos últimos años y asumiendo nuevos retos como pueden ser el abordaje de las segundas y de las terceras víctimas o la problemática específica en las áreas de Urgencias. De esta manera, en las líneas estratégicas del Departamento de Salud para esta legislatura, en el apartado relativo a “La sostenibilidad y la modernización del sistema sanitario” se establece como compromiso esta Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020.

El esfuerzo conjunto del sistema sanitario y de la ciudadanía para la mejora continua de la Seguridad del Paciente constituye un reto prioritario que ha de mantenerse en el tiempo ya que los resultados, en buena parte, se obtendrán a medio e incluso a largo plazo.

Por ello, con esta nueva Estrategia, desde el Departamento de Salud y desde Osakidetza vamos a seguir trabajando para promover activamente la cultura de la Seguridad del Paciente en nuestra sociedad.

Jon Darpón Sierra

Consejero de Salud



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
ANÁLISIS DE SITUACIÓN	8
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA	23
ASPECTOS DE COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	24
LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS	26
L1. Gestión de los incidentes de seguridad	27
L2. Atención a las segundas y terceras víctimas	32
L3. Identificación inequívoca de los pacientes	37
L4. Implicación de los pacientes en su seguridad	40
L5. Conciliación de la medicación	45
L6. Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante	47
L7. Seguridad transfusional	50
L8. Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	54
L9. Cirugía segura	67
L10. Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio	71
L11. Seguridad del paciente en los servicios de Urgencias	77
L12. Seguridad del paciente vinculada a los cuidados	82
L13. Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación	88
L14. Buenas prácticas en los pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición	91
L15. Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida	94
FORMACIÓN	97
BIBLIOGRAFÍA	100
ACCESO A OTRAS FUENTES DE INTERÉS EN INTERNET	110
ANEXO 1. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA	112



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Osakidetza ha alcanzado un significativo grado de reconocimiento por la calidad y la seguridad de sus prestaciones sanitarias. Sin embargo, la creciente complejidad de la atención sanitaria conlleva una serie de riesgos que nos exige profundizar en la búsqueda del máximo nivel de Seguridad para nuestros pacientes.

En este sentido, Osakidetza ha trabajado durante años para dotarse de herramientas y protocolos para proteger al paciente, por lo que la Seguridad del Paciente no es una vertiente de la calidad asistencial nueva o desconocida.

La Seguridad del Paciente es una prioridad para el Departamento de Salud y uno de los objetivos recogidos tanto en el Plan de Salud 2013-2020¹ (“Promover el máximo nivel posible de seguridad clínica en la provisión de la asistencia sanitaria”) como en los Retos y Proyectos Estratégicos de Osakidetza 2017-2020² (“Consolidar la cultura de seguridad del paciente en Osakidetza, profundizando en las líneas de acción existentes y desarrollando nuevos proyectos relevantes”). Además de constituir una prioridad absoluta en términos de salud de las personas, la Seguridad del Paciente es uno de los pilares básicos para la sostenibilidad del sistema.

En sintonía con las acciones específicas de Gobierno, el Plan de Salud y las líneas estratégicas de Osakidetza, se elaboró la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016³, el primer documento de difusión pública que recogía las diferentes líneas de acción que, de manera corporativa y para el conjunto de la organización, Osakidetza quería impulsar y desarrollar en ese período, dando por una parte continuidad a la trayectoria en Seguridad del Paciente de la organización y por otra, respuesta a la situación actual. La estrategia recogida en este documento ha supuesto una referencia útil para los pacientes, los profesionales y los directivos de la red, orientada a una mejora continua y a garantizar cotas elevadas de Seguridad en la asistencia sanitaria de los ciudadanos de nuestra Comunidad, y una firme apuesta y compromiso por la mejora de la Seguridad de nuestros pacientes.

Convertir la Seguridad del Paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria, minimizar el riesgo de eventos adversos (EA) vinculados a la asistencia sanitaria en todos los niveles asistenciales, compatibilizar la necesaria política de racionalización del gasto con una asistencia sanitaria de calidad y alta seguridad, aprovechar el impulso de las nuevas tecnologías para disminuir los posibles agujeros de seguridad, y adaptar la experiencia adquirida en Seguridad del Paciente al nuevo escenario organizativo dentro del modelo de atención integrada (Organizaciones Sanitarias Integradas) han sido los objetivos que han impulsado esta Estrategia 2013-2016.

Para cada una de las siguientes 13 líneas de acción, seleccionadas en base a la evidencia científica disponible, a las directrices a nivel internacional y estatal en materia de Seguridad del Paciente y de conformidad con el Plan de Salud 2013-2020 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y con las Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016, se definieron objetivos específicos e indicadores de seguimiento:

1. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)
2. Cirugía segura
3. Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio



4. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP)
5. Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante
6. Buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación
7. Buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería
8. Seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos
9. Formación en Seguridad del Paciente
10. Identificación inequívoca de los pacientes
11. Conciliación de la medicación
12. Implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria
13. Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario

Para apoyar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016 se definió un modelo de participación que afecta a toda la Organización, con el objetivo de facilitar la definición de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza, su despliegue a todas las organizaciones de servicios así como la evaluación y revisión de la misma, y todo ello mediante la participación del mayor número de profesionales de Osakidetza.

Entre los principios en los que se ha basado este modelo se encuentran el liderazgo por parte de la Dirección de Osakidetza, la implicación y sintonía por parte de los equipos directivos de cada organización de servicios, un enfoque participativo y un trabajo en red, la flexibilidad para que, dentro de un marco común, se respeten las especificidades, prioridades y diferentes ritmos de cada organización de servicios, la comunicación planificada y desplegada a toda la organización y el seguimiento y evaluación con un enfoque de mejora continua.

Los agentes que se han identificado en este modelo, tanto en Osakidetza como fuera de ella, y que tienen o pueden tener un papel importante en el ámbito de la seguridad son el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, la Dirección General de Osakidetza (Consejo de Dirección, Dirección de Asistencia Sanitaria, Comité Director de la Seguridad del Paciente, Equipo de Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente, Grupos de trabajo específicos encargados del desarrollo de los proyectos corporativos), las Organizaciones de servicios de Osakidetza (Equipos Directivos, Referentes de Seguridad, Comisión de Seguridad, Mandos Intermedios: Jefes de Servicios, Supervisoras, Jefes de Unidad, Responsables de Procesos, etc. todos los profesionales) y otros agentes como Sociedades Científicas, Colegios de Médicos y Enfermería, Asociaciones de Pacientes y Organizaciones del ámbito social y/o sociosanitario.

Osakidetza cuenta actualmente con más de 300 personas especialmente dedicadas al avance de las diferentes líneas de acción de la Estrategia de Seguridad, bien como Referentes de Seguridad en sus organizaciones de servicios o bien participando en los distintos grupos de trabajo de cada línea. El progreso en la mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria es un proceso que se sustenta fundamentalmente en la implicación, el compromiso, la participación y el liderazgo compartido de todos los profesionales.

Uno de los principales objetivos de la Estrategia 2013-2016 ha sido convertir la Seguridad del Paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria contribuyendo al mantenimiento de la cultura de seguridad, y para ello se han desarrollado actividades orientadas a mejorar dicha cultura, como la formación de los profesionales, el desarrollo de un sistema de notificación de incidentes sin daño, la implementación de prácticas seguras y la implicación de los pacientes y ciudadanos.



Con el fin de desarrollar y mantener la cultura de seguridad en nuestras organizaciones se está trabajando en un proyecto que nos va a permitir conocer, a través de una encuesta, los valores, actitudes, percepciones y patrones de conducta de los profesionales de Osakidetza con respecto a la Seguridad del Paciente y aumentar la concienciación de los mismos. El análisis nos permitirá establecer las fortalezas y las oportunidades de mejora, así como evaluar cambios a lo largo del tiempo y el impacto de determinadas intervenciones y programas, a partir de la situación basal determinada.

Recientemente se ha elaborado un documento que recoge la “Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016”.

A continuación se recoge un resumen de la situación actual de las líneas de acción priorizadas en la Estrategia 2013-2016.

LA1: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

La prevención y el control de las IRAS es una línea de acción que tiene una amplia trayectoria y ha sido objetivo prioritario de nuestra Comunidad desde hace mucho tiempo. Resaltar el Plan INOZ (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana - Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales), que se inició en 1990 e incluye todas las actividades de vigilancia, prevención y control de las IRAS que se han llevado y llevan a cabo en las organizaciones de Osakidetza. Señalar también los proyectos dirigidos a la prevención de las IRAS en Unidades de Cuidados Intensivos, Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, desarrollados a nivel del Sistema Nacional de Salud en coordinación con las Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Plan INOZ

Entre las acciones desarrolladas y los logros conseguidos se encuentran:

- Elaboración del “Protocolo de aislamientos: Recomendaciones para prevenir la transmisión de infecciones en las Organizaciones Sanitarias Integradas”. Este documento se acompaña de diversos materiales para su distribución entre profesionales y pacientes (trípticos informativos, carteles, hojas informativas para el paciente).
- Estudios de vigilancia de IRAS:
 - Análisis de la prevalencia de infección nosocomial a través del estudio EPINE, estudio que se realiza anualmente a nivel estatal y en el que participan todos los hospitales de agudos y de media-larga estancia de Osakidetza.
 - Análisis de la incidencia de infección nosocomial en los procedimientos quirúrgicos consensuados por el grupo de trabajo INOZ. Revisión de los procedimientos quirúrgicos objeto de vigilancia epidemiológica y ampliación de la vigilancia tras el alta (30 días para la cirugía de colon-recto y 90 para la cirugía protésica de cadera y rodilla, según criterios de los Centers for Disease Control and Prevention), actualizando tanto los indicadores de infección de herida quirúrgica como los estándares.
 - Estudio de incidencia de infección urinaria asociada a sondaje urinario en los hospitales de media-larga estancia.



- Puesta en marcha de dos grupos de trabajo para el desarrollo de los siguientes documentos:
 - Actualización del “Manual de normas para el control de la infección nosocomial”.
 - Actualización de la Guía corporativa de esterilización.
- Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN)

En 2013 se realizó la Evaluación del Plan de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial de los hospitales de agudos y de media-larga estancia de la red de Osakidetza. Esta evaluación se desarrolló en dos fases: una primera autoevaluación, en la que cada hospital cumplimentó el cuestionario enviado del PVPCIN y una segunda fase en la que se realizaron visitas concertadas a todos los hospitales. Tras las visitas se elaboró un informe de resultados para cada uno de los hospitales, que incluyó además, tanto las fortalezas como las áreas de mejora.
- Higiene de Manos:
 - Coordinación anual de la recogida de los indicadores de higiene de manos de los hospitales de Osakidetza para el Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS).
 - Participación anual en el Día mundial de la Higiene de manos en la asistencia sanitaria (5 mayo).
 - Se ha realizado un curso de acreditación de observadores del cumplimiento de higiene de manos según modelo de la OMS.
 - Se ha incluido un indicador relacionado con la observación en higiene de manos en el Contrato Programa de 2016.

Prevención de las IRAS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

- Los proyectos **Bacteriemia Zero (2009-2010)** y **Neumonía Zero (2011-2012)** han conseguido muy buenos resultados en la disminución de las tasas de bacteriemia asociada a catéter y de neumonía por ventilación mecánica, respectivamente. La activa participación de los profesionales de las UCI en las dos ramas del proyecto (aplicación de un paquete de medidas basadas en la evidencia y plan de seguridad integral) ha permitido conseguir los objetivos propuestos. El reto de los profesionales ha sido y es, actualmente, mantener esta disminución de las tasas de infección.
- El proyecto **Resistencia Zero (2014-2016)** ha estado promovido, al igual que los anteriores, por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la Subdirección General de Calidad y Cohesión y en colaboración con las Comunidades Autónomas. El objetivo principal era reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más Bacterias Multirresistentes (BMR) de origen nosocomial en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC). Y los objetivos secundarios: describir el mapa de BMR en las UPC, promover y reforzar la cultura de seguridad en las UPC y crear una red de UPC que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.

En este proyecto han participado diferentes servicios del conjunto de organizaciones de Osakidetza que también lo habían hecho en los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero (OSI Donostialdea, OSI Bilbao-Basurto, OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces, OSI Barrualde Galdakao y OSI Araba), y además, ha participado también la OSI Barakaldo Sestao. Ha sido un proyecto complejo que ha precisado la adaptación del mismo a cada hospital participante. En noviembre de 2016 se presentaron los resultados finales de este proyecto.



LA2: CIRUGÍA SEGURA

Entre las estrategias desarrolladas en el marco del reto mundial “La cirugía segura salva vidas” de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS, destaca el desarrollo de una lista de verificación de la seguridad de la cirugía, el Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ), que Osakidetza tiene ya incorporado a los sistemas de información asistenciales.

Entre los objetivos que se plantearon en la Estrategia 2013-2016 se encontraba fomentar la utilización del LVSQ en todas las organizaciones de servicios que incluyan dentro de su cartera de servicios la cirugía mayor, promover la evaluación y el seguimiento de la utilización del LVSQ y comprobar y evaluar la utilización efectiva del mismo

Entre las acciones y logros desarrollados se encuentran:

- Adaptación del LVSQ a los diferentes tipos de cirugía: cirugía mayor, cirugía menor y oftalmología (facoemulsificación-aspiración de catarata).
- Constitución de un grupo de referencia de “Cirugía Segura” conformado por profesionales expertos en este tema y que actúa como soporte en las organizaciones de servicios para impulsar la adherencia al listado de verificación.
- Preparación de una propuesta corporativa para estimular la adherencia al LVSQ y mejorar la calidad de su cumplimentación.
- Vinculación del LVSQ a los objetivos del Contrato Programa, en el ámbito de la implantación y de su utilización en cirugía.

LA3: SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO

En el año 2014 se llevó a cabo un cambio con respecto al enfoque recogido en la Estrategia 2013-2016 en esta línea, priorizando y estableciendo como objetivos incrementar la seguridad del proceso asistencial gestación-parto-puerperio reduciendo la posibilidad de incidentes y eventos adversos, disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante la sistematización y protocolización de procedimientos y colaborar en el desarrollo del objetivo estratégico para la implantación de Osabide Global en Atención Primaria, en el que se incluye el desarrollo informático de la historia clínica de la mujer gestante, parto, puerperio y atención al recién nacido.

Para ello se ha garantizado la participación de los Servicios de Atención Materno-Infantil de todas las Organizaciones de Osakidetza, se han conformado equipos de mejora con profesionales expertos de las áreas de Atención Materno-Infantil, con el fin de abordar el análisis detallado de los incidentes, de forma reactiva y/o proactiva, detectando las oportunidades de mejora, realizando acciones correctoras y en consecuencia disminuyendo su frecuencia y se han canalizado las aportaciones de los profesionales sanitarios, estableciendo sinergias para la mejora de los sistemas de información.

En los equipos generados para el abordaje del proceso materno-infantil, se estableció como premisa a respetar el mantener e impulsar la fisiología del proceso de atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, para que sea la base de los protocolos, aceptando prescindir de intervenciones innecesarias tanto para la madre como para el recién nacido, con el fin de evitar la iatrogenia. Cabe



señalar que colaboran en estos equipos de mejora tanto profesionales de las áreas asistenciales como profesionales de diferentes niveles de gestión asistencial.

Entre las acciones y logros de esta línea de acción se encuentran:

- Se crea el equipo referente para la Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio. Se elabora y difunde el *Protocolo de Seguridad clínica del bebé en los ámbitos de Atención Materno-Infantil* en aras a garantizar y a minimizar los riesgos de un evento centinela. Su puesta en marcha ha supuesto que entre el 88% y el 100% de los cuidados se realice a pie de cama y, en los casos en los que no es posible, se garantiza siempre la presencia y acompañamiento de los padres/familia. Asimismo, este protocolo ha sido elegido como una de las mejores ideas de 2014 por Diario Médico en la categoría de Gestión.
- Se conforman varios grupos de trabajo multidisciplinares para el consenso y definición de una serie de protocolos vinculados a los subprocesos de la línea de acción, con el fin de abordar el análisis de incidentes de forma proactiva:
 - El equipo de mejora de atención al recién nacido ha desarrollado los criterios de buena atención que se recogen en el *Protocolo de atención al recién nacido sano en el parto y puerperio* junto con los protocolos y los procedimientos relacionados con la cultura de Seguridad, entre los que cabe señalar la identificación y custodia del recién nacido y la creación de la historia clínica del recién nacido.
 - El equipo de mejora de atención al puerperio ha consensuado los criterios de buena atención y de seguridad clínica que se recogen en el *Protocolo y procedimientos de atención al puerperio*.
 - El equipo de mejora de alimentación del recién nacido ha tenido en cuenta para la elaboración del *Protocolo de alimentación del recién nacido* las pautas relacionadas con la lactancia materna recogidas en el Plan de Salud 2013-2020 del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y las recomendaciones de la OMS, UNICEF, IHAN y de otros organismos y expertos, sobre la promoción de la lactancia materna como alimentación adecuada para los recién nacidos y niños pequeños. En este protocolo se han incluido los criterios relacionados con la Seguridad del recién nacido y de la madre tanto para la lactancia materna como para la alimentación con fórmula.

Tras la validación y aprobación de los protocolos a nivel corporativo se procederá al despliegue e implantación en todos los ámbitos de atención materno-infantil de Osakidetza.

El desarrollo de la cultura de seguridad, aprendizaje y aplicación de las buenas prácticas nos está permitiendo a las organizaciones y a los profesionales de los diferentes ámbitos de atención materno-infantil, seguir detectando las acciones a desarrollar e implantar para minimizar acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria de la madre y del recién nacido.

En este sentido, se continuará promoviendo la participación de los profesionales expertos con conocimientos y experiencia para la elaboración de protocolos y procedimientos, con el objetivo de continuar fomentando la cultura de Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio.



LA4: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (SNASP)

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS plantea, desde el año 2004, la necesidad de disponer de sistemas de notificación de incidentes de seguridad con fines de aprendizaje, ya que el análisis de los mismos nos va a permitir entender qué ha fallado en el sistema y aprender de los errores para poder actuar en consecuencia e implantar medidas que mejoren la seguridad en la asistencia sanitaria.

El Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP) de Osakidetza, es un sistema de notificación de incidentes sin daño y todos los profesionales de la Organización tienen la posibilidad de notificarlos a través de esta herramienta corporativa. Dicha aplicación permite facilitar la notificación, recoger información del incidente, analizar sus causas, aprender de la experiencia acumulada y recomendar “buenas prácticas” a seguir. Además, es una herramienta que potencia la comunicación y la participación de los profesionales en la intervención sobre la gestión de riesgos derivados de la atención sanitaria.

Acciones y logros desarrollados:

- En relación al SNASP:
 - Elaboración de un manual de uso del SNASP, que se encuentra a disposición de todos los profesionales en la intranet corporativa, para facilitar su utilización.
 - Formación y apoyo a los referentes en la utilización de la herramienta y en el despliegue de la misma en las organizaciones de servicios.
 - Elaboración y difusión periódica de informes de resultados.
- Formación específica a los Referentes de Seguridad sobre el análisis de los incidentes, a través del curso de gestión de incidentes.
- Reuniones periódicas con los referentes del SNASP de todas las organizaciones, con el objeto de compartir las experiencias más didácticas y potenciar la extensión corporativa de las acciones derivadas.
- Elaboración de la “Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos”.

LA5: OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE

En el año 2010, Osakidetza puso en marcha un proyecto destinado a promover la optimización en la utilización de las pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante en la población pediátrica, dada la especial sensibilidad de este colectivo a los efectos nocivos de la radiación. Los objetivos eran racionalizar el uso de la radiación para el diagnóstico empleando la menor dosis posible, proporcionar datos sobre indicadores de dosis individual y colectiva y reforzar la sensibilidad al problema por parte de médicos prescriptores y radiólogos en materia de protección radiológica.

En ese contexto se incorporó a la historia clínica electrónica de todos los pacientes de Osakidetza un apartado denominado Historial Dosimétrico, en el que se muestran los datos de dosis de radiación recibida en la realización de este tipo de pruebas. Las Tomografías Computarizadas son las explora-



ciones diagnósticas que conllevan un mayor nivel de exposición a radiación y por ello han sido las primeras en ser incorporadas a este proyecto.

En la Estrategia 2013-2016 los objetivos planteados en relación con esta línea de acción fueron: desarrollar un programa de concienciación y sensibilización para la optimización en la prescripción, dirigido tanto a los profesionales implicados en la realización de las pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes (prescriptores de todos los ámbitos asistenciales y radiólogos) como a la población general e incorporar al historial dosimétrico otras pruebas diagnósticas que emplean radiación ionizante.

Para ello se ha realizado una primera fase de sesiones de sensibilización para la optimización en la prescripción de los profesionales implicados en la realización de las pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes en la población en edad pediátrica (prescriptores de todos los ámbitos asistenciales, radiofísicos y radiólogos), a las que han acudido un total de 103 profesionales.

Con respecto a la incorporación de otras pruebas, actualmente está finalizando el proceso de inclusión en el Historial Dosimétrico de los datos de radiación recibida en las mamografías.

LA6: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

La reducción de los errores en el uso de la medicación es un proceso continuo de mejora en el que deben incluirse buenas prácticas en cada una de las fases que constituyen la cadena de utilización de los medicamentos, implicando en su desarrollo e implantación tanto a profesionales sanitarios como a pacientes.

En la Estrategia 2013-2016 y desde una nueva perspectiva de abordaje, se han incluido cuatro grupos de medicamentos seleccionados en base a su potencial gravedad y a su frecuencia de utilización: anticoagulantes orales, insulinas, citostáticos y potasio intravenoso.

Con el objetivo de elaborar una relación de buenas prácticas en todas y cada una de las etapas del proceso de utilización de los mismos y difundir estas buenas prácticas a nivel corporativo, se crearon cuatro equipos de trabajo de carácter multidisciplinar, uno por cada grupo de medicamentos.

- Se han finalizado los documentos de buenas prácticas en el uso de potasio intravenoso y de insulinas. Se encuentran pendientes de difusión.
- Se ha finalizado el documento de consenso en el caso de los anticoagulantes orales y se está desarrollando una guía para el paciente anticoagulado.
- El documento de buenas prácticas en la utilización de citostáticos se encuentra en desarrollo.

LA7: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En esta línea se incluyeron todas aquellas estrategias y actividades dirigidas a reducir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión y caídas en los pacientes atendidos en nuestro sistema sanitario.

Las acciones y logros alcanzados en esta Estrategia 2013-2016 han sido:

- Elaboración de un mapa de recursos de buenas prácticas para la gestión y prevención de úlceras por presión.



- En base al mismo se ha diseñado y difundido la iniciativa UPP-PEU Adi! para la mejora de la gestión de las úlceras por presión, apoyada en el trabajo de un grupo de referentes expertos en la materia.
- El 29 de abril de 2015 se organizó una master class sobre aspectos clave en la gestión de las UPP. La sesión se ofertó a referentes de UPP y personas implicadas en los grupos de trabajo de las organizaciones de servicios y asistieron más de 50 personas.
- En el año 2015, se ha coordinado la participación de las organizaciones de servicios en la celebración de la Jornada mundial para la prevención de las Úlceras por Presión el 19 de Noviembre, impulsada por los países del área ibero latinoamericana.
- Se ha definido y difundido la iniciativa Ereriko Ez, para la mejora de la gestión de la prevención de las caídas. El grupo de trabajo ha comenzado a funcionar en diciembre de 2015 y actualmente está desarrollando una metodología homogénea de evaluación así como los contenidos y estructura de la formación de los perfiles profesionales implicados y los materiales y contenidos necesarios para la educación del paciente y cuidadores.

LA8: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: DONANTES Y RECEPTORES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y TEJIDOS

En febrero de 2001 se establece la organización de la red transfusional y de suministro de tejidos del País Vasco. Su objetivo final era la actualización y mejora de las estructuras administrativas y de gestión de los recursos derivados de la sangre y de los tejidos humanos, con la finalidad de mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias a los ciudadanos del País Vasco, garantizando la disponibilidad y suministro de tales productos en condiciones idóneas de calidad y seguridad. La red está constituida por: el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos (CVTTH), los bancos y depósitos hospitalarios de sangre, los centros de obtención, implantación y bancos de tejidos humanos, y el equipo de coordinación de trasplantes del País Vasco.

Desde entonces, la incorporación de medidas de seguridad en la utilización de componentes sanguíneos, tejidos y células, tanto a nivel organizativo como medidas clínico-epidemiológicas, de control analítico o destinadas a implantar Sistemas de Calidad, ha sido y continúa siendo una constante en Osakidetza.

La red transfusional del País Vasco forma parte del Comité Director para la Seguridad del Paciente.

Organización de la red transfusional

La red transfusional del País Vasco funciona como un centro de transfusión que suministra componentes y derivados a todos los centros hospitalarios del área.

El sistema básico de información en transfusión se denomina ODOLBIDE, una herramienta corporativa para toda la red transfusional. La existencia de una base de datos única permite disponer de forma inmediata del historial transfusional de los pacientes de la red que pueden ser atendidos en cualquier centro de la Comunidad, así como optimizar la gestión de stocks de la red. Esta información transversal incrementa la Seguridad del paciente que va a ser transfundido, a la vez que ayuda a optimizar costes al evitar la repetición de ciertas pruebas analíticas, a reducir los tiempos de pre-



paración de componentes a transfundir, y a garantizar la trazabilidad inmediata entre la donación y la recepción de los componentes.

Un elemento esencial para el funcionamiento básico del sistema es la disponibilidad de una identificación inequívoca. En nuestro caso el Código de Identificación Corporativo (CIC) es el método de obtención de datos y registro de información relacionado con la transfusión y se encuentra disponible en los brazaletes identificativos de todos los pacientes ingresados en los centros de la red.

Hemovigilancia

El País Vasco dispone de un sistema de declaración de efectos adversos e incidentes en transfusión, activo desde hace 15 años, e incluido en el sistema español de Hemovigilancia desde su creación en 2007. El sistema recoge anualmente más de 500 declaraciones de efectos adversos e incidentes relacionados con la transfusión. El grueso corresponde a efectos leves e incidentes sin repercusión, pero que proporcionan información de interés para la comprensión del funcionamiento de rutina de nuestros hospitales.

Plan Director de Laboratorios / Hemoterapia

Hace cuatro años la Dirección del Servicio Vasco de Salud decidió iniciar un período de reflexión y evaluación de la organización de los laboratorios de la Comunidad Autónoma Vasca, incluyendo también la valoración de la organización de la hemoterapia. Se constató la necesidad de confluir hacia un Procedimiento Corporativo Común en transfusión de componentes sanguíneos que garantizara la equidad transfusional en todos los centros, contemplando al menos aspectos como:

- Disponibilidad de niveles equivalentes de equipamiento y automatización en los laboratorios de transfusión
- Asegurar la existencia de sistemas de información y conexiones entre los diferentes sistemas sólidos y respaldados continuamente por profesionales cualificados.
- Optimizar las condiciones de la formación específica de los profesionales implicados.
- Incorporar tecnologías innovadoras comunes para incrementar la seguridad transfusional.
- Implantación de prescripción electrónica asistida única incorporada a historia clínica
- Valoración de otras tecnologías: RFID, liberación controlada de componentes, etc.
- Sostenibilidad del sistema

Procedimiento de Transfusión Corporativo

Osakidetza se encuentra inmersa en la implantación de un procedimiento corporativo de transfusión que garantice los máximos estándares de calidad y seguridad transfusional en todos los centros de la corporación. El proyecto incluye la estandarización de pruebas y equipamientos de laboratorio, y una política única en la disponibilidad de herramientas informáticas que ayuden a proporcionar cohesión y transmisión de la información inmediata a todos los servicios implicados. La historia clínica electrónica única ayuda de forma indiscutible a desarrollar el resto de instrumentos incluidos en el proyecto, como la prescripción electrónica o el modelo común de seguridad transfusional.



LA9: FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

La formación de los profesionales es un factor clave en la mejora de la Seguridad clínica. En la Estrategia 2013-2016 la formación en Seguridad del Paciente se ha estructurado con una doble perspectiva, una formación básica en Seguridad del Paciente y una formación específica por líneas de acción prioritizadas.

En todas las acciones desarrolladas se ha mantenido una estrecha colaboración con el servicio corporativo de Formación.

A lo largo de este periodo se han realizado:

- 7 ediciones (en euskera y castellano) del curso básico on-line de Seguridad del Paciente, dirigido a todos los perfiles profesionales, con el objetivo de proporcionar conocimientos y sensibilizar a los profesionales en la Seguridad del Paciente y en la gestión de los incidentes. En el curso ha participado hasta el momento un 43,8% de la plantilla de Osakidetza.
- 5 ediciones (en euskera y castellano) del curso sobre Higiene de manos en la atención sanitaria, con el objetivo de motivar a los profesionales en el mantenimiento o adopción de una correcta higiene de manos en la atención sanitaria. En el curso ha participado ya un 50,1% de la plantilla de Osakidetza.
- 2 ediciones del curso presencial de acreditación en observación de higiene de manos según metodología de la OMS.
- 3 ediciones, una por cada Territorio Histórico, del curso semipresencial sobre gestión de incidentes, dirigido a Referentes de Seguridad de los centros y unidades. Han aprobado el curso 66 personas.
- 4 sesiones de sensibilización sobre prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante, con la asistencia de 103 profesionales (pediatras, radiólogos, radiofísicos y otros especialistas implicados en la atención sanitaria a la población pediátrica).
- Todos los años se colabora en la gestión de la formación on-line ofertada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación a la gestión de riesgos e incidentes de seguridad, lo que nos ha permitido formar en ese campo a 19 personas.
- Anualmente se colabora en la formación del personal interno residente, tanto médico como de enfermería, de la especialidad Familiar y Comunitaria, con la realización de sesiones sobre conceptos básicos de seguridad y rotaciones en la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente.
- En el período comprendido en la Estrategia de Seguridad, se han organizado tres Jornadas de Seguridad del Paciente: en Vitoria-Gasteiz en 2013, en Bilbao en 2014 y en Donostia-San Sebastián en 2016. El número de profesionales participantes ha ido incrementándose en cada edición, pasando de los 350 en 2013 a los 550 en 2016. Y con motivo de la celebración el 17 de Septiembre de 2015 del Día Internacional de la Seguridad del Paciente, impulsado por países de la Unión Europea, Osakidetza organizó una Jornada de actualización en los avances de la Estrategia de Seguridad del Paciente dirigida a equipos directivos, referentes de seguridad e integrantes de los grupos de trabajo de las diferentes líneas de acción.



LA10: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES

La correcta identificación de los pacientes en los centros sanitarios es una medida fundamental para evitar incidentes de seguridad.

La identificación inequívoca de los pacientes se ha abordado en la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza desde una triple vertiente:

1. *Identificación física del paciente hospitalizado*

El uso de un brazalete o pulsera identificativa puede disminuir en un 50% los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes hospitalizados, según recoge la evidencia.

Tras una revisión de los distintos sistemas de identificación empleados en las organizaciones de servicios y de los protocolos/procedimientos disponibles, se realizó un concurso centralizado para el suministro de un modelo único de brazalete o pulsera para toda la red, con medidas diferenciadas para adultos, lactantes-escolares y neonatos. Se ha consensuado un procedimiento único de identificación del paciente hospitalizado. Y se ha realizado el despliegue e implantación paulatina del modelo único de pulsera y del procedimiento de identificación.

Queda pendiente, dadas sus especiales características, el abordaje de este tema en los hospitales de media y larga estancia de Salud Mental y la homogeneización de los sistemas de identificación de la madre y del recién nacido en las áreas materno-infantiles.

2. *Verificación de la identidad del paciente en las aplicaciones informáticas corporativas*

Debido a los riesgos que pueden estar presentes desde el momento en que se da de alta al paciente en la base de datos, y con el fin de interponer barreras ante los posibles incidentes que se pueden derivar del uso de la historia clínica electrónica, se han desarrollado las siguientes acciones:

- Difusión de buenas prácticas desarrolladas desde las organizaciones de servicios relacionadas con la gestión y depuración de duplicidades de historia clínica en las bases de datos corporativas
- Identificación de mejoras necesarias y recomendaciones de modificación para la mejora de la seguridad en los procedimientos ISO de alta y baja de usuarios en las aplicaciones informáticas corporativas, que han sido transmitidas a los responsables en la Subdirección de Asistencia Sanitaria de la elaboración y difusión de dichos documentos.

3. *Identificación del paciente no hospitalizado en los diferentes puntos de atención de la red*

La correcta identificación del paciente en cada uno de los contactos que éste tiene con el sistema sanitario fuera de la hospitalización, es crucial para evitar errores en la realización de pruebas diagnósticas, prescripción de medicamentos, entrega de informes, etc. Entre las buenas prácticas realizadas para mejorar la seguridad en esta área se encuentran la elaboración y distribución de cartelería específica para recordar a pacientes y profesionales la necesidad de confirmar la identidad del paciente y/o usuario al que se presta asistencia mediante la presentación de los documentos DNI/Pasaporte y TIS, la elaboración y distribución de un documento de autorización a terceros para la recogida de documentación clínica y la distribución de un check-list adhesivo para evitar la utilización de la historia clínica electrónica de un paciente cuando se atiende a otro paciente.



LA11: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

La conciliación de la medicación es el proceso formal y protocolizado de obtención de una lista completa y precisa de los medicamentos que previamente tomaba el paciente y su comparación con la medicación prescrita después de una transición asistencial (al ingreso hospitalario, al ser trasladado de unidad o centro sanitario, al alta hospitalaria, en la asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas), con el fin de detectar las posibles discrepancias, omisiones, duplicidades y/o interacciones que precisen su corrección. Entre el 54% y el 67% de los pacientes que ingresan en los hospitales presenta al menos una discrepancia no justificada entre su tratamiento ambulatorio y el registrado en la historia clínica (que puede suponer un daño moderado o grave hasta en un 39% de los casos), y hasta un 60,1% de los medicamentos prescritos conllevan errores de conciliación.

Con el fin de incrementar la seguridad en esta área se ha abordado este proceso desde dos perspectivas diferenciadas:

1. Identificación, comunicación y seguimiento de las mejoras necesarias en PRESBIDE (herramienta informática corporativa para la prescripción medicamentosa) para facilitar el proceso de conciliación de la medicación y aumentar su seguridad general. Se elaboró un decálogo de buenas prácticas para la utilización de PRESBIDE, dirigido a los profesionales prescriptores, que fue distribuido en marzo de 2015.
2. Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación

Al mismo tiempo que se avanzaba con el grupo de Referentes de Seguridad del Paciente de las organizaciones de Atención Primaria y OSIs en la definición de un programa de conciliación de la medicación, aplicable desde la Atención Primaria en las transiciones del paciente entre ámbitos asistenciales, se ofertó desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) la posibilidad de participar en el proyecto PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care), una acción cooperativa con el objetivo de promover la Seguridad del Paciente en la Unión Europea y facilitar el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros y otras organizaciones interesadas en aspectos relacionados con la calidad asistencial y la Seguridad del Paciente, haciendo especial hincapié en la participación de los pacientes. Este proyecto incluía un paquete de trabajo WP5 dirigido a la implementación de buenas prácticas, entre las que se incluía la conciliación de la medicación.

Considerando la oportunidad que nos ofrecía este proyecto de adquirir conocimiento y experiencia, así como de valorar las dificultades que se pueden presentar a la hora de la implementación de un programa de conciliación de la medicación, se decidió posponer el desarrollo del programa corporativo y ofertar a nuestras organizaciones la participación en el proyecto PaSQ, con una buena respuesta y aceptación del mismo. Participaron centros de 9 OSI (Hospital Universitario Araba-Sede Txagorritxu y Centro Salud San Martín de la OSI Araba, UAP Sopelana de la OSI Uribe, Hospital Universitario Basurto de la OSI Bilbao Basurto, Hospital Universitario Cruces de la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces, Hospital Galdakao-Usansolo de la OSI Barrualde Galdakao, Hospital San Eloy de la OSI Barakaldo Sestao, Hospital Universitario Donostia de la OSI Donostialdea, Hospital Zumárraga de la OSI Goierri-Alto Urola, y la OSI Bidasoa), el Hospital de Gorniz y la Red de Salud Mental de Gipuzkoa. La implementación se desarrolló entre noviembre de 2013 y octubre de 2014, con un período de extensión



entre septiembre de 2015 y marzo de 2016.

Tras su finalización y aprovechando el aprendizaje que han supuesto los proyectos PaSQ, se ha constituido un grupo de trabajo multidisciplinar (con la colaboración del Servicio de Farmacia y de la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información) que ha retomado la definición de un programa corporativo de conciliación de la medicación, en el marco del proceso de integración asistencial de nuestra organización.

LA12: IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La implicación del paciente, además de sus familiares y/o cuidadores, en la Seguridad de la atención sanitaria que se les presta es un elemento esencial en la mejora de la Seguridad del Paciente y constituye un elemento estratégico de primer nivel.

A lo largo de la estrategia 2013-2016 se ha trabajado con dos objetivos:

1. Sensibilizar y formar a los pacientes en el ámbito de la Seguridad del Paciente

Para ello se ha desarrollado una campaña de sensibilización dirigida a la población, empleando mensajes claros, sencillos y utilizando múltiples canales: carteles, trípticos, banners en la web de Osakidetza, etc.

La intervención se centró en tres áreas de riesgo: la identificación del paciente, la transmisión de la información y el tratamiento farmacológico. Los mensajes que han formado parte de esta campaña han ido dirigidos a potenciar en los pacientes: su identificación adecuada en cada uno de los contactos con el sistema sanitario, el conocimiento de la medicación que se le ha prescrito, la verificación de la documentación que se le entrega, la comunicación de sus alergias, y animarle a expresar sus dudas, solicitar información aclaratoria y avisar de los riesgos que perciba.

2. Implicar a los pacientes en la comunicación de incidentes de seguridad

En marzo de 2016 se constituye un grupo de trabajo integrado por profesionales expertos en Seguridad del Paciente de aquellas organizaciones de servicios que ya han desarrollado experiencias de implicación de la ciudadanía en el campo de la Seguridad del Paciente y profesionales del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (por la vinculación de la Línea de Acción con Osasun Eskola y el programa de Paciente Activo) y de Bioef (por su experiencia en el desarrollo de proyectos de implicación de la ciudadanía en el ámbito de la salud).

Este grupo se encuentra inmerso actualmente en el análisis de experiencias y el desarrollo de acciones relacionadas con: la revisión de la integración de la cultura de Seguridad del Paciente en el programa de "Paciente Activo", el diseño y elaboración de otros materiales divulgativos (folletos, videos), el aprovechamiento de los portales corporativos (O-sarean y Carpeta de salud) para fomentar la implicación de los pacientes en su seguridad clínica, la forma más viable de potenciar el uso de las Quejas, Reclamaciones y Sugerencias como fuente de información y de conocimiento sobre incidentes de seguridad acaecidos y la necesaria preparación de la ciudadanía para capacitarla en la notificación de incidentes de seguridad mediante un sistema específico para ello.



LA13: REDUCCIÓN DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) constituyen una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más prevalentes. Según los datos de los últimos estudios de prevalencia de infección nosocomial realizados (estudio EPINE), alrededor del 60% de las ITU estaban asociadas a la presencia de un catéter urinario. Debido a la repercusión que tienen estas infecciones tanto para el paciente, ya que aumentan la morbimortalidad, como para el sistema sanitario, incrementan las estancias hospitalarias y los tratamientos que precisan los pacientes, se consideró importante intervenir sobre los factores que provocan o facilitan la aparición de ITU asociadas a sondaje, con el objetivo de reducirlas en la mayor medida posible.

Para el desarrollo de esta línea de acción se creó un equipo multidisciplinar en el que participan profesionales sanitarios médicos y de enfermería de los Servicios de Medicina Preventiva, UCI, Urología, Ginecología y Obstetricia y Cirugía.

En base a las medidas más efectivas y eficientes para reducir las ITU asociadas al sondaje urinario que se recogen en la evidencia disponible y al consenso de expertos, se ha elaborado un documento de recomendaciones en el que se incluyen:

- Las indicaciones de sondaje urinario
- Las contraindicaciones absolutas y relativas para el cateterismo intrauretral
- Los criterios de retirada de sonda por facultativo
- El decálogo de buenas prácticas para la técnica de sondaje vesical para su aplicación en el ámbito hospitalario y de atención primaria:
 - Procedimiento para la higiene de genitales
 - Procedimiento para la inserción del sondaje vesical temporal o permanente y sondaje vesical o evacuador
- El decálogo de cuidados del sondaje vesical para su aplicación en el ámbito hospitalario y de atención primaria:
 - Procedimiento para los cuidados y cambios de sonda
 - Precauciones en los lavados de sonda
 - Recomendaciones para la recogida de muestras
 - Procedimiento para la retirada de sonda

Las propuestas desarrolladas han sido también valoradas por los servicios de Rehabilitación, Nefrología, Neurocirugía y Medicina Interna de las Organizaciones de Servicio.

Actualmente el documento está en fase de revisión final.



OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

Objetivo general

Obtener la mayor reducción posible de la probabilidad de ocurrencia de incidentes de Seguridad en las organizaciones de servicios de Osakidetza con el fin de lograr una asistencia sanitaria más segura.

Objetivos específicos

1. Promover una cultura de Seguridad integral en Osakidetza.
2. Consolidar el modelo de participación de los profesionales.
3. Potenciar los aspectos de comunicación y de coordinación con un enfoque de mejora de la Seguridad del Paciente.
4. Impulsar el conjunto de líneas de acción y de proyectos priorizados en esta estrategia.



ASPECTOS DE COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN PARA LA MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La transformación que los sistemas sanitarios han experimentado en los últimos años, con una mayor tecnificación y especialización, ha permitido alcanzar un mayor nivel de resolución de los problemas de salud de las personas. Pero a la vez que el sistema sanitario se ha ido desarrollando y mejorando, se ha hecho más complejo y han aumentado las dificultades para la coordinación entre las diferentes áreas y elementos que lo componen.

Si en 1999 el informe *To Err Is Human* del Instituto Médico de EE.UU. reconoció 98.000 muertes al año debidas a “errores médicos”⁴ 15 años después el último estudio publicado por el Departamento de Salud Pública de Harvard desvela que el problema ha ido en aumento, con una estimación de 400.000 muertes debidas a “errores médicos” al año⁵. A pesar de los esfuerzos realizados y de las mejoras implantadas, la Seguridad del Paciente sigue siendo un aspecto a fortalecer, ya que la complejidad creciente del sistema sanitario conlleva la continua introducción de cambios. Aunque estos cambios se realizan para mejorar, el hecho es que su incorporación al sistema genera otras condiciones de trabajo que, a su vez, pueden dar lugar a situaciones de riesgo diferentes y nuevos problemas de seguridad. Por ello, todas las organizaciones sanitarias a nivel mundial deben impulsar continuamente el trabajo y la mejora continua en el ámbito de la Seguridad del Paciente.

Además, en los próximos años los sistemas sanitarios deberán adaptarse para responder a la transformación del modelo de atención y afrontar las necesidades derivadas de los cambios en la evolución de las enfermedades, en el entorno de trabajo y en la propia relación médico-paciente⁶. En este sentido, se habla ya de la necesidad de ampliar el concepto clásico de Seguridad del Paciente, que con el paso del tiempo se ha quedado demasiado reducido para abordar la realidad actual del ámbito asistencial. Por un lado, se está empezando a reflexionar sobre la conveniencia de extender la Seguridad del Paciente a la asistencia domiciliaria, de forma añadida y complementaria a los avances realizados en Seguridad en los centros hospitalarios y de Atención Primaria. Y, por otro lado, se habla de reconsiderar la Seguridad del Paciente teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes.

En un sistema sanitario complejo, compuesto por muchos elementos o partes, en el que el resultado de la asistencia al paciente depende más de la adecuación y armonización de todas las partes que de las acciones parciales de cada una de ellas, cada vez es más necesario estructurar la información y la coordinación entre los diferentes profesionales, servicios y ámbitos asistenciales. Se requiere una correcta coordinación para evitar acciones inadecuadas sobre el paciente, como pueden ser duplicidades, omisiones, actuaciones innecesarias, cuidados que no se prestan en el momento adecuado, etc.

La comunicación y la coordinación siempre han sido, y siguen siendo a día de hoy, dos de los aspectos clave a trabajar para garantizar la Seguridad del Paciente, a pesar de los avances realizados en cuanto a la trazabilidad y al acceso a la información clínica.

La transmisión de la información clínica sobre el estado y las necesidades de cada paciente es un elemento esencial del proceso asistencial, al que a veces no se le da suficiente importancia y que no es fácil de garantizar en determinadas condiciones de trabajo. De hecho, los fallos en la comunicación entre profesionales son uno de los factores más frecuentemente involucrados en la generación de problemas de Seguridad del Paciente⁷. Además, es habitual que una misma persona sea atendida



y reciba indicaciones simultáneamente de diferentes profesionales sanitarios y en distintos ámbitos asistenciales, por lo que la transmisión de la información entre profesionales, así como entre profesionales y pacientes, es de vital importancia, sobre todo durante los trasposos asistenciales, ya que éstos son los momentos de mayor riesgo de generación de fallos.

En cuanto a la comunicación con el paciente, es necesario considerar que la información debe transmitirse de forma adecuada y adaptada a las características y necesidades de cada persona, lo que requiere un esfuerzo adicional por parte de los profesionales. Por un lado, conviene tener en cuenta que en determinadas situaciones puede ser necesario incorporar en el proceso de comunicación a familiares y/o cuidadores, ya que no siempre la persona enferma está en situación de asimilar adecuadamente la información recibida. Y, por otro, asistimos actualmente a un cambio de modelo, en el que la relación profesional-paciente se está reequilibrando de tal modo que el paciente está dejando de ser un mero receptor de las indicaciones y los cuidados parcelados o fragmentados, para asumir un papel más activo en la toma de decisiones y en la priorización de las intervenciones necesarias para la recuperación de su estado de salud.

Dada la importancia de la comunicación y la coordinación como elementos esenciales para la mejora continua de la Seguridad del Paciente, en esta nueva estrategia nos planteamos impulsar acciones dirigidas a: favorecer el conocimiento mutuo entre los profesionales de diferentes ámbitos asistenciales; promover la comunicación estandarizada, tanto dentro de las unidades o servicios como entre diferentes niveles asistenciales para asegurar la transferencia de pacientes, habilitando para ello los espacios de encuentro y los periodos de tiempo necesarios; aplicar buenas prácticas para favorecer la coordinación entre servicios, etc. De todas estas acciones, y acorde a las nuevas estructuras de organización recientemente instauradas en Osakidetza (Organizaciones Sanitarias Integradas), la estandarización de la comunicación durante los trasposos asistenciales es una propuesta de mejora a priorizar, ya que contribuye a que todos los profesionales implicados tomen conciencia de la situación global del paciente, mejorando la coordinación de las acciones y reduciendo el riesgo de fallos o errores⁸.



LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS

La estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 de Osakidetza incluye las siguientes líneas de acción:

- L1. Gestión de los incidentes de seguridad
- L2. Atención a las segundas y terceras víctimas
- L3. Identificación inequívoca de los pacientes
- L4. Implicación de los pacientes en su seguridad
- L5. Conciliación de la medicación
- L6. Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante
- L7. Seguridad transfusional
- L8. Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
- L9. Cirugía segura
- L10. Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio
- L11. Seguridad del paciente en los servicios de Urgencias
- L12. Seguridad del paciente vinculada a los cuidados
- L13. Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación
- L14. Buenas prácticas en los pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición
- L15. Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida



L1. GESTIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

FUNDAMENTO

En el sector sanitario, el riesgo de producción de errores, que pueden llegar a afectar a los pacientes en forma de eventos adversos, es inherente a la mayoría de las actividades asistenciales. Por ello, en el marco de la Seguridad del Paciente, la gestión de riesgos es una de las dimensiones más relevantes y debe suponer una prioridad en la asistencia sanitaria de los servicios de salud.

La gestión de riesgos para la mejora de la Seguridad del Paciente tiene por objeto promover actividades orientadas a la identificación de los incidentes derivados de la atención sanitaria y al análisis de sus causas, así como al desarrollo de acciones para su prevención, su control o en su caso, la reducción de su impacto^{9,10}.

Las fases que integran el proceso de gestión de riesgos son^{11,12}:

- Identificación del riesgo a través de diferentes fuentes de información^{13,14}: sistemas de notificación y registro de incidentes, comités de calidad asistencial, quejas, reclamaciones, sugerencias, encuestas, etc.
- Análisis y evaluación del riesgo desde el punto de vista sistémico:
 - De forma reactiva: los riesgos y efectos adversos ya se han producido.
 - De forma proactiva: identificando y previniendo riesgos antes de que se produzcan
- Planificación e implementación de las acciones de mejora
- Evaluación y seguimiento de las acciones de mejora implantadas
- Feedback de los resultados a los profesionales

En este contexto, los sistemas de notificación de incidentes se han convertido en un elemento clave de la mayor parte del proceso de gestión de riesgos. Permiten identificar, analizar y extraer conocimientos de los incidentes, con el objeto de aprender de los errores, compartir experiencias y poner en marcha la gestión y mejora de los riesgos^{4,15,16}, y su uso es una recomendación cardinal de todas las organizaciones internacionales y estatales interesadas por la Seguridad del Paciente^{17,18}.

Si bien los profesionales sanitarios implicados en la práctica diaria son los idóneos para la detección de los incidentes de seguridad, no puede ser ignorado el papel del paciente/usuario en esta tarea, ya que nos va a permitir disponer de otro punto de vista para analizar cualquier incidente^{19,20}.

ANTECEDENTES

Consciente de la importancia que tienen los Sistemas de Notificación de Incidentes en la gestión de riesgos, Osakidetza en su Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 incluyó, como línea de acción corporativa, el Sistemas de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP), con el fin de disponer de una herramienta corporativa que facilitase a todos los profesionales de las organizaciones de servicio la notificación a tiempo real de los incidentes de seguridad sin daño.



Los principios que rigen el sistema de notificación de incidentes son los recomendados por la mayor parte de organismos y organizaciones expertas en Seguridad del Paciente:

- registro de carácter voluntario de incidentes
- anónimo
- no punitivo
- confidencialidad de la información
- análisis para el aprendizaje y la implantación de mejoras a nivel local

El interés principal del sistema está en el aprendizaje a partir de los incidentes de seguridad “sin daño”, en base a que los eventos adversos y los incidentes sin daño comparten en la mayor parte de las ocasiones la misma causa, por lo que el aprendizaje de los incidentes sin daño es también útil para la prevención de los eventos adversos²¹.

Las diferentes acciones desarrolladas en esta línea a lo largo de la estrategia han supuesto los siguientes resultados:

- Despliegue y utilización de la herramienta en todas las organizaciones de servicios.
- Adherencia de los profesionales al sistema corporativo de notificación SNASP, constatándose una tendencia positiva en el número de notificaciones realizadas a lo largo del periodo 2013-2016 (ver Tabla 1).
- Avance en la proporción de incidentes en los que se han propuesto acciones de mejora (ver Tabla 1).

Tabla 1. Incidentes sin daño notificados en el SNASP 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Nº de incidentes sin daño notificados	1.604	2.613	3.184	3.946
% de incidentes sin daño notificados con acciones de mejora propuestas	38,3%	30,8%	43,7%	48,7%

Se considera necesario potenciar tanto la implementación como el seguimiento de las acciones de mejora propuestas, así como el conocimiento de la tipología de los incidentes notificados.

- Aprendizaje compartido a través de:
 - reuniones periódicas con los referentes del SNASP de las organizaciones de servicios
 - herramientas corporativas: Osagune, Intranet corporativa
- Difusión de la guía corporativa “Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos”



■ OBJETIVOS

En esta estrategia se persigue:

1. Gestión de la información, análisis y evaluación del riesgo
2. Implementación y seguimiento de los planes de acción propuestos
3. Aprendizaje compartido

■ ACCIONES

1. Relativas a la gestión de la información

1.1. Identificación del riesgo

1.1.1. Notificación de incidentes por parte de los profesionales:

- Continuar impulsando la notificación de incidentes de seguridad sin daño por parte de los profesionales a través del sistema de notificación corporativo SNASP:
 - Promover estrategias para fomentar y fortalecer la cultura de la notificación de incidentes de seguridad por parte de todos los profesionales de las organizaciones de servicios.
 - Desarrollar acciones formativas en el uso de la herramienta corporativa SNASP para todos los profesionales de las organizaciones de servicios.
 - Facilitar la notificación a todos los profesionales con el despliegue de la herramienta en todos los servicios/idades/UAPs de las organizaciones de servicios.
 - Colaborar en las propuestas de mejoras en la herramienta, que faciliten la gestión de los riesgos.
 - Disponibilidad de un manual de usuario de apoyo al notificante y a los gestores
- Consolidar la utilización de la guía corporativa “Recomendaciones para la Gestión de eventos adversos”.
- Gestión de la información de los eventos centinelas a través del protocolo de comunicación de eventos centinelas (Instrucción en desarrollo)

1.1.2. Notificación de incidentes por parte de los pacientes/ familiares/ acompañantes

- Facilitar la notificación de incidentes por parte de los pacientes/familiares/acompañantes.
- Articular los mecanismos que permitan aprovechar la información relativa a incidentes de seguridad reflejada en las quejas y reclamaciones, sugerencias, etc.

1.1.3. Otras fuentes de información

- Fomentar la revisión de las reclamaciones patrimoniales.



- Recabar información de incidentes de seguridad manifestados en los distintos sistemas de información y bases de datos clínicos.
- Realizar mapas de riesgos de los procesos más prevalentes.
- Potenciar la revisión de la bibliografía y de la evidencia científica actualizada.

1.2. Análisis del riesgo

- Consolidar y dinamizar el funcionamiento de los comités de Seguridad del Paciente.
- Facilitar a los profesionales que integran los comités de Seguridad del Paciente la formación en el proceso de gestión de riesgos, así como en las metodologías asociadas al mismo y las herramientas que servirán de apoyo para hacer posible el objetivo.
- Potenciar el análisis reactivo de las causas de los incidentes notificados.
- Potenciar el análisis proactivo para identificar áreas o procedimientos vulnerables del sistema.
- Proponer acciones de mejora susceptibles de ser implantadas, que puedan contribuir a minimizar los riesgos asociados a la atención sanitaria.
- Planificar nuevas líneas de trabajo que pudieran revestir interés para el conjunto de organizaciones de servicios.
- Promover las acciones de mejora de gestión corporativa a través del Comité Director de la Seguridad del Paciente.

2. Relativas a la implementación y seguimiento de los planes de acción propuestos

- Potenciar la implementación y el seguimiento, definiendo el responsable de cada acción, así como la fecha de implementación y la periodicidad de seguimiento de la misma.
- Evaluación periódica de la eficacia de las acciones implementadas y comunicación al equipo gestor y al resto de la organización de los resultados alcanzados
- Elaboración y difusión periódica de informes de resultados

3. Relativas al aprendizaje compartido

- Desarrollar estrategias de comunicación que permitan la difusión de “buenas prácticas” en las organizaciones de servicios (alertas, boletines, sesiones, etc.).
- Potenciar el aprendizaje a nivel corporativo a través de las herramientas disponibles: Osagune, Intranet corporativa.
- Fomentar la implantación en las organizaciones de servicios de “buenas prácticas” que ya estén implantadas con resultados muy favorables en otros centros a nivel local, estatal o internacional.
- Promover la implantación en las organizaciones de servicios de “buenas prácticas” acordes con el conocimiento científico disponible, vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.



■ EVALUACIÓN

Tabla 2. Indicadores de la línea de acción “Gestión de los incidentes de seguridad”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en Seguridad del Paciente por cada una de las organizaciones de servicios	50% (2018) 60% (2019) 70% (2020)
Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP	
Tasa de notificaciones de incidentes sin daño en el SNASP por cada 100 profesionales	
Porcentaje de incidentes sin daño notificados en el SNASP con análisis realizado	
Porcentaje de incidentes sin daño, notificados en el SNASP y analizados, en los que “si procede” tienen propuestas acciones de mejora	≥50%(2017) ≥55%(2018) ≥60%(2019) ≥65%(2020)
Porcentaje de acciones de mejora implantadas en relación con las propuestas	
Porcentaje de acciones implantadas con seguimiento realizado	



L2. ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS

FUNDAMENTO

El ejercicio de la medicina actual en los países desarrollados se caracteriza por un alto grado de eficacia acompañado, inevitablemente, de un alto nivel de complejidad. Esta complejidad cada vez mayor conlleva, a su vez, más dificultades para la comunicación y coordinación entre las diferentes partes que componen el sistema sanitario. A todo ello hay que añadir las características específicas y particulares del ámbito sanitario como son, entre otros, los múltiples factores que condicionan las decisiones clínicas, la combinación y variedad de uso de aparatos y medios tecnológicos, las dificultades organizativas y la necesidad de atender a las peculiaridades de los diferentes servicios y niveles asistenciales.

Lo que explica la causalidad de los incidentes de seguridad en el ámbito sanitario es la combinación de fallos en el sistema y errores humanos²². No todos los incidentes de seguridad alcanzan al paciente y, en caso de hacerlo, no todos conllevan daño. Los eventos adversos (EA) son los incidentes de seguridad que alcanzan a los pacientes causándoles daño. Los daños pueden ser leves, moderados, graves o muy graves, y pueden causar secuelas para el paciente o incluso la muerte. En cualquier caso, un EA siempre es un acontecimiento imprevisto y no deseado, debido a la concatenación de diversos fallos durante el proceso asistencial.

Las consecuencias de los EA no sólo impactan en el paciente, sino que afectan también a los profesionales y a la propia institución. Para abarcar esta triple repercusión de los EA, actualmente se utilizan los siguientes términos:

- **Primeras víctimas:** los pacientes que sufren las consecuencias del EA y sus familiares
- **Segundas víctimas:** los profesionales sanitarios involucrados directa o indirectamente en el EA y que resultan afectados desde el punto de vista psicológico y emocional
- **Tercera víctima:** la organización sanitaria en la que acontece el EA

A partir de la revisión de la literatura existente^{23,24}, sabemos que cerca de la mitad de profesionales experimentará el impacto como segunda víctima al menos una vez durante su vida profesional, que la sintomatología más frecuentemente experimentada es la que forma parte del denominado “síndrome de estrés postraumático” y que, en esta situación, se incrementa la probabilidad de generación de nuevos incidentes de seguridad.

Por todo ello, siendo conscientes de la amplia repercusión que pueden tener los EA, además de continuar trabajando para prevenirlos, incorporamos el abordaje de segundas y terceras víctimas en esta nueva Estrategia de Seguridad del Paciente, con el objetivo de adoptar y adaptar las recomendaciones actualmente vigentes^{25,26,27} a nivel estatal e internacional, a las características y necesidades de las diferentes organizaciones de servicios en Osakidetza.

ANTECEDENTES

El término “segundas víctimas” fue utilizado por primera vez en el año 2000 por Albert Wu²⁸, de la Universidad Johns Hopkins, para describir el impacto de los EA inevitables en los profesionales. En



2009 Susan Scott²⁹, del Hospital de la Universidad de Missouri, amplió el concepto haciendo referencia a “*todo profesional, proveedor de servicios sanitarios, que participa en un EA, un error médico y/o una lesión relacionada con el paciente no esperada, y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso*”. Frente al importante número de publicaciones y trabajos realizados en todo el mundo sobre Seguridad del Paciente, son pocas las organizaciones sanitarias con cierto recorrido en el abordaje de las segundas víctimas, siendo estos dos autores los más citados a nivel internacional.

Respecto al impacto negativo de los EA sobre las instituciones sanitarias, en 2007 Charles Denham³⁰ acuñó la definición “*terceras víctimas*” en referencia a “*las organizaciones sanitarias que sufren una pérdida de prestigio o reputación y disminución de la confianza como consecuencia de un incidente de Seguridad del Paciente*”. Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas apenas han sido estudiadas, aunque se ha sugerido la conveniencia de disponer de una estrategia de comunicación dentro del plan de atención inmediata que la organización debe desplegar si ocurre un EA.

En el ámbito internacional destaca, como uno de los programas que cuenta con mayor trayectoria en el abordaje de las consecuencias de los EA en los profesionales, el Programa “*For You*” gestionado por la Universidad de Missouri^{31,32}. Las principales aportaciones de este programa de atención a segundas víctimas son las siguientes:

- Ha descrito un modelo teórico que representa la trayectoria o evolución natural que presenta la segunda víctima tras verse involucrada directa o indirectamente en un EA.
- Ha creado un protocolo de actuación.
- Ha emitido una serie de recomendaciones para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia del EA.

A nivel estatal destaca el *Proyecto de Investigación sobre Segundas y Terceras Víctimas*³³, que se inició en el 2014 y en el que han participado profesionales sanitarios y académicos de 8 Comunidades, incluyendo profesionales de Osakidetza. Además de evaluar el impacto de los EA en los profesionales y en las instituciones sanitarias, como resultado de este estudio se han elaborado dos guías de intervención para directivos y responsables de Seguridad del Paciente en Atención Primaria y Hospitalaria, con recomendaciones para:

- 1) Reducir el impacto de los EA en los profesionales sanitarios.
- 2) Reforzar la cultura de seguridad en las organizaciones.
- 3) Fomentar un comportamiento ético con los pacientes informándoles de lo sucedido.

Respecto a cómo informar al paciente que ha sufrido un EA, el Grupo de investigación de segundas y terceras víctimas, ha editado un documento denominado *Recomendaciones para decir “Lo siento” tras un EA*³⁴, y en la *Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas*³⁵, elaborada dentro de este proyecto de investigación, también se incluyen aspectos relativos a qué información debe darse, cómo hacerlo y quién, puesto que el perfil del profesional adecuado para informar puede variar en función de la gravedad del EA.

Aunque existe consenso internacional sobre los contenidos, formato y condiciones para informar al paciente tras un EA³⁶, las diferencias entre nuestro país y los citados como referentes en la materia



están en la denominada información franca al paciente (*Open Disclosure*). La mayoría de los expertos aconsejan ofrecer una disculpa al paciente que ha sido víctima de un EA, además de informar sobre lo que ha sucedido y por qué.

■ SITUACIÓN ACTUAL

En Osakidetza el equipo de trabajo de la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente, junto con algunos profesionales Referentes de Seguridad del Paciente de las diferentes organizaciones de servicios, elaboró en 2015 la “**Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos**”³⁷. Esta guía se puso a disposición de todas las organizaciones con el objetivo de establecer unas pautas de actuación generales y con la idea de que cada organización de servicios la adaptara y desplegara en función de sus necesidades y particularidades.

Para la elaboración de esta guía se tuvieron en cuenta las experiencias de las organizaciones de servicios de Osakidetza (participaron referentes de seguridad de la OSI Donostialdea, la OSI Alto Deba, el Hospital de Gorliz y la OSI Bilbao-Basurto) y las aportaciones de otros servicios e instituciones sanitarias, tanto a nivel estatal, tomando como referencia la Guía de Recomendaciones del Servicio Gallego de Salud³⁸, como a nivel internacional destacando el trabajo realizado por el Institute for Healthcare Improvement³⁹.

Cabe destacar las acciones y proyectos liderados por la OSI Donostialdea, que cuenta con la experiencia más sólida de las desarrolladas hasta el momento en Osakidetza, y cuyas iniciativas han promovido que se incorpore el abordaje a las segundas y terceras víctimas en la Estrategia Corporativa para la mejora de la Seguridad del Paciente.

Asumiendo que en el ámbito sanitario el riesgo cero no existe y que los EA ocurren, la capacidad para responder adecuadamente en tiempo y forma ante este tipo de incidentes es un reto organizativo. A pesar de las dificultades que se puedan presentar, el hecho de incorporar el abordaje a las víctimas de los EA a la Estrategia de Seguridad del Paciente reportará importantes beneficios, contribuyendo a:

- Mitigar el sufrimiento de los pacientes y sus familiares.
- Reducir el impacto sobre los profesionales.
- Mantener el prestigio y el nivel de confianza en la institución.
- Reforzar la política de seguridad de la organización sanitaria.
- Fortalecer el liderazgo de la Dirección y de los profesionales.
- Aprender de lo ocurrido y enfocarlo como una oportunidad para mejorar la seguridad y la calidad de la práctica asistencial.
- Reducir las reclamaciones y acciones legales así como la magnitud de sus consecuencias.



■ OBJETIVO

Promover el abordaje a las segundas y terceras víctimas de los EA que acontezcan en las diferentes Organizaciones de Servicios de Osakidetza.

■ ACCIONES

1. Promover una cultura de seguridad positiva y desarrollar una política institucional que aborde la atención al paciente, así como a las segundas y terceras víctimas tras la ocurrencia de un EA.
2. Crear, liderar y mantener un equipo de trabajo a nivel corporativo específicamente dirigido al desarrollo y seguimiento de esta línea de acción.
3. Elaborar un plan de acción inmediata con un protocolo de actuación e indicaciones precisas sobre qué se debe hacer y qué no se debe hacer, cuando se produce un EA con consecuencias graves en uno o más pacientes. Una respuesta adecuada y proporcional al EA debe incluir los siguientes aspectos:
 - Acciones a desarrollar en las primeras horas tras el EA
 - Soporte al paciente y familiares (dar una respuesta adecuada): incluyendo qué, cómo, cuándo y quién debe informar al paciente y/o familiares
 - Soporte a las segundas víctimas (atender a las necesidades de los profesionales que se encuentran en esta situación)
 - Atención a la repercusión sobre la organización sanitaria (repercusión a nivel interno en la propia organización y repercusión mediática)
 - Abordaje de los aspectos legales y conocimiento de las acciones a tomar en coordinación con los servicios de Asesoría Jurídica
4. Diseñar un plan de comunicación interna y externa cuando se produce un EA con consecuencias graves o muy graves en uno o más pacientes.
5. Establecer un plan de formación que incluya las necesidades y características de los diferentes perfiles de profesionales que deben aplicar el protocolo de actuación:
 - Formar a los profesionales que ocupan puestos de mayor responsabilidad (mandos intermedios, responsables de los servicios de personal, directivos de las organizaciones) en el abordaje a 2ª y 3ª víctimas.
 - Formar a los profesionales de los servicios de Salud Laboral así como a otros profesionales (referentes de seguridad, psicólogos, profesionales que se ofrezcan voluntarios, etc.) que conformarán los equipos de atención a las segundas víctimas (segundo nivel de apoyo). Considerar la ayuda de profesionales que conocen, por propia experiencia, la situación en la que se encuentra la segunda víctima.
 - Formar al conjunto de los profesionales en aspectos básicos de abordaje a las 1ª, 2ª y 3ª víctimas. Tener en cuenta que cualquier profesional puede ser requerido como primer nivel de apoyo por parte de la segunda víctima de un EA.



■ EVALUACIÓN

Tabla 3. Indicadores de la línea de acción “Atención a las segundas y terceras víctimas”

INDICADOR	ESTÁNDAR
A finales de 2017	
% de Organizaciones que han incorporado y/o adaptado la Guía de Osakidetza sobre recomendaciones de actuación ante un EA	50%
A finales de 2018	
% de Organizaciones que han incorporado y/o adaptado la Guía de Osakidetza sobre recomendaciones de actuación ante un EA	100%
% de Organizaciones en las que se han realizado acciones de sensibilización y formación sobre la repercusión que tienen los EA en los propios profesionales y la institución	100%
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	50%
A finales de 2019	
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	75%
% de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas	30-50%
A finales de 2020	
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	100%
% de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas	60-75%



L3. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES

FUNDAMENTO

La identificación inequívoca es una medida de seguridad fundamental para garantizar que se actúa sobre el paciente correcto, así como para la eficiencia del sistema, ya que de poco sirve realizar bien un procedimiento si no se aplica a la persona adecuada. Por otro lado, un fallo en la identificación del paciente, en cualquier momento del proceso asistencial, puede desencadenar otros incidentes de seguridad, desde el registro de información en una historia clínica que no corresponde, hasta retrasos en el diagnóstico o errores en la aplicación de los tratamientos⁴⁰. Por lo tanto, además de implantar procedimientos y buenas prácticas para la identificación inequívoca de los pacientes en los diferentes puntos de la cadena asistencial, se deben establecer medidas para asegurar la identificación inequívoca de las muestras biológicas⁴¹, los informes de resultados de pruebas diagnósticas, las prescripciones de medicamentos y, en general, cualquier documento con información sobre la situación clínica del paciente. Especial trascendencia tiene la información que se incorpora a la historia clínica electrónica, ya que no sólo influye en la toma de decisiones sobre el proceso actual en el que se encuentra el paciente, sino que también afectará a futuras actuaciones⁴².

Según el Informe de incidentes de seguridad notificados en el SiNASP publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2016⁴³, los incidentes relacionados con la identificación del paciente representan el 13,5% del total de incidentes notificados en los hospitales (ocupan el tercer puesto después de los incidentes relacionados con la medicación y con la gestión organizativa-recursos) y el 11,8% de los notificados en Atención Primaria (ocupan el segundo lugar después de los incidentes relacionados con la medicación).

La prevención de los errores de identificación sigue siendo actualmente un aspecto prioritario para todas las organizaciones sanitarias, debido a que:

1. A diferencia de otros tipos de incidentes de seguridad, los errores de identificación pueden afectar a varios pacientes simultáneamente. Esta doble repercusión puede conllevar que a un paciente no se le preste la asistencia que necesita (error por omisión) y, al mismo tiempo, a otro paciente se le esté aplicando un procedimiento que no le corresponde (error por comisión), bien porque se confundan las identidades entre dos pacientes o bien porque se incorpore información de un paciente en la historia clínica de otro.
2. La introducción de información en una historia clínica equivocada puede generar, si no se detecta el error precozmente, múltiples fallos o errores en el proceso asistencial.
3. Las consecuencias de los errores de identificación de pacientes pueden ser muy graves para uno o ambos pacientes.

ANTECEDENTES

El establecimiento de medidas que garanticen la identificación inequívoca de los pacientes es una de las principales recomendaciones de las diferentes organizaciones sanitarias tanto a nivel inter-



nacional^{40,42} como estatal⁴⁴⁻⁴⁷, como consta en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020¹⁸.

En nuestro ámbito, la “Identificación inequívoca del paciente” se incluyó como una línea de acción específica en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016³, con el objetivo de homogenizar las pautas a seguir y garantizar la adecuada identificación de los pacientes. Durante ese período se han desarrollado una serie de acciones dirigidas a mejorar la identificación física de pacientes hospitalizados, a remarcar la importancia de la verificación de la identidad de los pacientes en las aplicaciones informáticas corporativas, así como a promover la identificación de pacientes no hospitalizados en los diferentes puntos de la red. De forma simultánea se ha trabajado también en la implicación de los pacientes a través de una campaña de sensibilización ciudadana en la que se insta al paciente a participar en el proceso de identificación.

Actualmente, y gracias a la implantación de un único modelo corporativo de brazalete identificativo, se están desarrollando proyectos basados en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación, que permiten vincular la identidad del paciente con el registro y/o la consulta de datos clínicos, así como contrastar los datos identificativos del paciente con los que figuran en los volantes de solicitud de pruebas, y contribuyen a mejorar la seguridad en la administración de medicación^{48,49}.

■ OBJETIVOS

Objetivo principal: disminuir el riesgo de identificación incorrecta de los pacientes.

Objetivos específicos:

1. Asegurar la correcta identificación de los pacientes antes de la realización de cualquier actuación, tanto en hospitalización como en Atención Primaria.
2. Desarrollar mecanismos y procedimientos de identificación inequívoca específicos para pacientes ingresados en unidades de media-larga estancia de Salud Mental y en unidades de Maternidad, y homogeneizar su uso en las diferentes organizaciones de servicios.
3. Evitar los errores de identificación de las muestras biológicas y los fallos en la trazabilidad de la información vinculada a otros procesos diagnósticos y terapéuticos.
4. Asegurar la identificación inequívoca de la documentación clínica.
5. Implicar a pacientes, familiares y cuidadores, para que participen tanto en el proceso de identificación como en la comprobación de los datos identificativos que figuran en la documentación clínica.

■ ACCIONES

Las acciones propuestas para el desarrollo de esta línea durante el periodo 2017-2020 son:

1. Continuar promoviendo las acciones iniciadas en la anterior estrategia, dirigidas a la divulgación de los criterios para la correcta identificación de los pacientes y a la implantación de los procedimientos de identificación inequívoca, tanto en hospitalización como en Atención Primaria.



2. Establecer un procedimiento de identificación inequívoca para pacientes ingresados en unidades de hospitalización de media-larga estancia de Salud Mental, evitando elementos que puedan suponer en estos casos un factor estigmatizador.
3. Estandarizar los sistemas de identificación conjunta madre-recién nacido que se utilizan en las unidades de Maternidad.
4. Asegurar y homogeneizar los procesos de gestión de muestras biológicas, y valorar la introducción de ayudas tecnológicas para reducir el riesgo de fallos en la identificación de las mismas (lectores de TIS, apps en dispositivos móviles, etc.).
5. Desarrollar acciones de sensibilización, dirigidas a profesionales, sobre la importancia de identificar y/o verificar la identidad de los pacientes previamente a la realización de cualquier procedimiento, y muy especialmente antes de los momentos más críticos (obtención de muestras biológicas, realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, administración de medicación y comunicación de resultados).
6. Promover la participación de los pacientes, familiares y/o cuidadores en el proceso de identificación inequívoca, reforzando su papel tanto a la hora de identificarse activamente en los diferentes puntos de la cadena asistencial, como para verificar que los datos de identificación que figuran en informes y documentación clínica son correctos.

■ EVALUACIÓN

Tabla 4. Indicadores de la línea de acción “Identificación inequívoca de pacientes”

INDICADOR	ESTÁNDAR
% de pacientes hospitalizados correctamente identificados (con el brazalete de identificación corporativo)	100%
% de centros de Atención Primaria que han implantado el protocolo con las recomendaciones para la identificación inequívoca de pacientes	100%
% de centros con hospitalización psiquiátrica de media-larga estancia que disponen de un procedimiento de identificación inequívoca de pacientes	
% de maternidades que utilizan el sistema de identificación conjunta madre-recién nacido	
% de organizaciones en las que se ha implantado un procedimiento de trazabilidad de muestras biológicas	
% de organizaciones que han desarrollado acciones dirigidas a implicar a pacientes y cuidadores en el proceso de identificación inequívoca	



L4. IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN SU SEGURIDAD

FUNDAMENTO

En los últimos años se viene reconociendo una mayor importancia a la participación de los pacientes en todo lo que concierne al cuidado de su salud. Diferentes estudios han demostrado que la **implicación de los pacientes en el proceso asistencial** conlleva múltiples beneficios, tanto para las personas como para el propio sistema sanitario⁵⁰⁻⁵⁴. Así, la participación de los pacientes en la toma de decisiones mejora el nivel de adecuación de las prestaciones a las necesidades reales de la ciudadanía, repercutiendo de forma positiva en los resultados de la asistencia y aumentando tanto la legitimidad y credibilidad de los profesionales como la dignidad de las personas enfermas. Además, la participación mejora la confianza de los pacientes en el sistema y su nivel de satisfacción.

En nuestro entorno, el *“Libro blanco de democracia y participación ciudadana para Euskadi”* propone la participación de la ciudadanía en el diseño de los servicios públicos, con el objetivo de operativizar, ajustar y mejorar los mismos. Además de remarcar la importancia de la cooperación entre las instituciones públicas y todos los sectores de la ciudadanía en la consolidación de un sistema sanitario de calidad que apueste por la prevención y fomente una cultura de salud, propone que se impulsen iniciativas para concienciar sobre la importancia del liderazgo de las personas en su propia salud⁵⁵.

Si bien es cierto que el rol de los pacientes está cambiando, existen todavía algunas barreras que dificultan el avance para la participación de los pacientes como agentes activos “moduladores” del sistema sanitario; barreras de muy diversa naturaleza (organizativas, culturales, actitudinales, etc.) que están vinculadas tanto a las características del propio sistema, como a los profesionales que lo integran y a los propios pacientes⁵⁶.

Por tanto, promover la participación de los pacientes y la ciudadanía en el proceso asistencial continúa siendo un reto para las organizaciones sanitarias, que deben desarrollar y disponer de mecanismos, herramientas y recursos para alinear a pacientes, profesionales de la salud y gestores, y aunar esfuerzos en este sentido⁵⁷.

Con respecto a la **implicación de los pacientes en su seguridad**, se ha visto que la participación y el empoderamiento de los pacientes aporta importantes ventajas⁵⁸ en cuanto a:

- Alcanzar un diagnóstico preciso.
- Participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento.
- Contribuir a un uso seguro de la medicación.
- Identificar y notificar complicaciones del tratamiento y otros eventos adversos.
- Participar en iniciativas de control de infecciones.
- Practicar el autocuidado y la auto-monitorización.
- Comprobar la exactitud de los registros clínicos.
- Verificar la adecuación de los procesos de atención.
- Proporcionar retroalimentación para centrar la atención en cuestiones de seguridad.



Se trata, por tanto, de reconocer y aprovechar las experiencias y capacidades de los propios pacientes para ayudar a mejorar la seguridad de la asistencia. Es un modo innovador de aportar valor añadido al sistema, que se basa en la consideración de que el paciente tiene la mejor visión de conjunto del proceso asistencial, frente a la visión incompleta de los profesionales, ya que el paciente es quien conoce sus síntomas y sus respuestas a los tratamientos mejor que nadie; está altamente centrado en su propio bienestar y sus resultados; está siempre presente en sus cuidados; es el primero en saber cuándo un síntoma cambia, y puede comunicarlo al equipo que le atiende; y, a menudo, dispone de más información sobre el proceso global de la asistencia que cada uno de los profesionales que le están atendiendo de forma parcial⁵⁹.

Se trata de contemplar la seguridad a través de los ojos del paciente, lo que a su vez requiere reconsiderar y ampliar el concepto de Seguridad del Paciente, asumiendo que los pacientes pueden actuar como barrera de seguridad. Así, tanto los pacientes, como sus familiares y cuidadores, a través de su participación activa, pueden contribuir a prevenir y/o detectar precozmente algunos de los fallos que se originen durante la asistencia sanitaria.

Implicar a los pacientes en su seguridad no es una tarea fácil. Se requiere un enfoque integral y equilibrado que incorpore y potencie el papel del paciente, sin olvidar que la responsabilidad principal de la Seguridad de la atención prestada recae en el propio sistema sanitario. Así se refleja en el Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, en cuyo artículo 4 se incluye el **“derecho a la seguridad clínica y la necesidad de disponer de los mecanismos adecuados de detección y prevención de riesgos que conlleva la atención sanitaria”**⁶⁰. Por lo tanto, el grado de implicación del paciente deberá ir aumentando de forma progresiva, desde la toma de decisiones compartidas y la comunicación de los fallos o errores que detecte durante el proceso asistencial, hasta el asesoramiento en la aplicación de las medidas de mejora derivadas del análisis y gestión de incidentes de seguridad, pasando por la participación en los comités de seguridad de las organizaciones sanitarias y en el diseño y planificación de proyectos dirigidos a mejorar la Seguridad clínica⁶¹.

■ ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 de Osakidetza se incluyó, como una de las nuevas líneas a impulsar, la implicación del paciente en la Seguridad de la atención sanitaria. Con el objetivo de concienciar a los pacientes del importante papel que pueden desempeñar a favor de su seguridad, y para promover su participación activa en este sentido, se desarrolló una campaña de sensibilización ciudadana, enfocada a tres de las principales áreas de riesgo detectadas: la identificación del paciente, la comunicación paciente-profesional y aspectos relativos a la seguridad del tratamiento farmacológico. Esta campaña, que surgió a finales del 2013 como iniciativa de los referentes de seguridad, se desplegó durante el año 2015 utilizando diferentes canales de comunicación: carteles, trípticos, banners en la web de Osakidetza, etc.

A principios del 2016 se constituyó un grupo de trabajo integrado por profesionales expertos en Seguridad del Paciente de aquellas organizaciones de servicios que ya habían desarrollado experiencias de implicación de la ciudadanía en el campo de la Seguridad del Paciente, profesionales del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (por la vinculación de la Línea de Acción con Osasun Eskola y el programa de Paciente Activo) y de Bioef (por su experiencia en el desarrollo de proyectos de implicación



de la ciudadanía en el ámbito de la salud). En el análisis de situación realizado se puso de manifiesto la necesidad de continuar profundizando en la sensibilización y formación de los pacientes en los conceptos básicos de seguridad clínica (qué es y qué no es un problema de seguridad) antes de progresar hacia la participación de los mismos en la notificación y valoración de los incidentes acaecidos⁶².

Al mismo tiempo surgió el más reciente avance en el ámbito de la Seguridad del Paciente a nivel autonómico, marcado por el Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre las medidas de seguridad de los pacientes atendidos en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi. Este Decreto, que aplica tanto a las organizaciones sanitarias de Osakidetza como a los centros privados que cuenten con régimen de internamiento o desarrollen actividades de cirugía mayor ambulatoria, establece la obligación de implantar planes de seguridad y sistemas de notificación de incidentes. Específicamente en su artículo 9 hace referencia a la posibilidad de que **“cualquier persona, sea profesional o usuaria del centro sanitario, pueda notificar incidentes sin daño** relacionados con la asistencia sanitaria”⁶³.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: promover la participación del paciente, y de su entorno más cercano (familiares y/o cuidadores), a favor de su propia seguridad durante el proceso asistencial.

Objetivos específicos:

1. Sensibilizar y formar a pacientes, familiares y cuidadores en aspectos clave relacionados con su seguridad.
2. Facilitar la comunicación de los incidentes y/o situaciones de riesgo que los pacientes, familiares o cuidadores detecten durante el proceso asistencial.
3. Impulsar la participación de los pacientes en la propuesta de medidas de mejora.
4. Incorporar la visión y las experiencias de los pacientes, familiares y cuidadores en la valoración de los incidentes de seguridad y/o las situaciones de riesgo detectadas.
5. Potenciar las capacidades de los pacientes, familiares y cuidadores para actuar como barrera de seguridad durante sus contactos con el sistema sanitario.

■ ACCIONES

Algunas de las acciones que se plantean para continuar promoviendo la participación de los pacientes en su seguridad, durante el período 2017-2020, son:

1. Desarrollar actividades informativas y de sensibilización para pacientes, familiares y cuidadores, así como campañas divulgativas dirigidas a la ciudadanía en general:
 - Extender, a nivel corporativo, las acciones de sensibilización y formación grupales desarrolladas y probadas en las organizaciones de servicios.
 - Revisar los planes de acogida de los pacientes en los centros asistenciales de la red e incluir en los mismos aspectos concretos relacionados con su seguridad.



- Diseñar y elaborar otros materiales divulgativos, como folletos específicos o vídeos, que puedan difundirse de forma directa a nivel individual o grupal, o indirectamente mediante los medios de comunicación de masas y/o redes sociales.
 - Promover la cultura de Seguridad del Paciente en las actividades del programa “Paciente Activo”.
 - Aprovechar los portales corporativos (O-sarean y Carpeta de Salud) para aportar información a la ciudadanía, en general.
 - Identificar aquellos agentes o redes que ya están organizados en la comunidad (Asociaciones de pacientes, Redes Locales de Salud,...) y aprovechar su potencial para extender la cultura de seguridad a la ciudadanía.
 - Alinear con este objetivo la transmisión de mensajes e información relacionada con aspectos de salud realizada por los medios de comunicación de masas de nuestro entorno.
2. En relación al objetivo de implicar a los pacientes en la comunicación de los incidentes de seguridad y las situaciones de riesgo que detecten, se plantea:
- Aprovechar las quejas y reclamaciones interpuestas por los pacientes, y considerarlas como una valiosa fuente de información complementaria sobre los problemas de seguridad acaecidos en la organización⁶⁴.
 - Valorar la información aportada por los pacientes en las sugerencias de mejora e incorporar aquellos aspectos que sean de utilidad para fortalecer el sistema.
 - Revisar las encuestas de satisfacción e incluir preguntas relativas a la percepción de seguridad por parte de los pacientes.
 - Posibilitar la notificación de incidentes de seguridad por parte de la ciudadanía, abriendo canales de comunicación para ello, en formato papel y/o electrónico.
3. Con respecto al objetivo de promover la participación de los pacientes en el diseño y aplicación de las acciones de mejora, así como incorporar su perspectiva en el análisis y gestión de incidentes de seguridad, parece recomendable:
- Fomentar la participación de los pacientes, ya sea a título individual o mediante la representación a través de colectivos (Asociaciones y Federaciones de pacientes u otras entidades), en los Comités de Seguridad de las organizaciones de servicios.
 - Establecer canales de comunicación con las Asociaciones de pacientes para incorporar sus propuestas, en base a sus experiencias, para mejorar la Seguridad asistencial.
4. Desarrollar acciones formativas específicamente dirigidas a potenciar las capacidades de los pacientes para actuar como barrera de seguridad durante los procesos de atención:
- Fomentar programas de formación en seguridad clínica específicamente dirigidos a los pacientes.
 - Elaborar programas de formación para formadores de pacientes en seguridad clínica.



EVALUACIÓN

Tabla 5. Indicadores de la línea de acción “Implicación de los pacientes en su seguridad”

INDICADOR	ESTÁNDAR
% de Organizaciones que han realizado acciones de sensibilización y formación en materia de seguridad clínica específicamente dirigidas a pacientes	25% (2018)
	50% (2019)
	75% (2020)
% de Organizaciones que han revisado sus planes de acogida incluyendo en ellos información sobre aspectos concretos de Seguridad del Paciente	50% (2018)
	75% (2019)
	100% (2020)
% de Organizaciones que han incluido preguntas relativas a seguridad clínica en sus encuestas de satisfacción	50% (2018)
	75% (2019)
	100% (2020)
% de Organizaciones que han realizado sesiones de formación en Seguridad del Paciente específicamente dirigidas a profesionales de los Servicios de Atención al Paciente y Usuario (SAPU)	50% (2018)
	75% (2019)
	100% (2020)
Nº de quejas y reclamaciones reportadas a los referentes de seguridad por los profesionales de los SAPU, por contener información relativa a problemas de seguridad	–
Nº de análisis realizados en base a incidentes recogidos/información procedente de las quejas y reclamaciones	–
% de Organizaciones que han habilitado otros canales para la comunicación de problemas de seguridad por parte de los pacientes y de la ciudadanía	25% (2018)
	50% (2019)
	75% (2020)
Nº de incidentes de seguridad notificados por los pacientes, familiares, cuidadores y/o por la ciudadanía (a través de esos canales)	–
% de Organizaciones que han establecido canales de comunicación con Asociaciones o Federaciones de pacientes para cooperar y desarrollar acciones para mejorar la Seguridad del Paciente	25% (2018)
	50% (2019)
	75% (2020)
% de Organizaciones que han incorporado pacientes en sus Comités de Seguridad y/o en los equipos de trabajo de líneas o áreas específicas de Seguridad del Paciente	25% (2018)
	50% (2019)
	75% (2020)
Nº de pacientes que participan activamente en el Comité de Seguridad del Paciente de la OSI	–
Nº de pacientes que participan activamente en los equipos de trabajo por áreas específicas de Seguridad del Paciente	–



L5. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

FUNDAMENTO

La Seguridad en el uso de los medicamentos es especialmente relevante en las transiciones asistenciales. Los ingresos hospitalarios, los traslados entre unidades o servicios o las transferencias a otros ámbitos asistenciales son momentos propensos a que se produzcan errores en el manejo de la medicación de los pacientes, por omisión de alguno de ellos en las órdenes médicas o en los informes de alta, confusiones en las dosis o duplicidades⁶⁵. Más del 67% de los pacientes que ingresan o son dados de alta de un hospital presentan este tipo de discrepancias⁶⁶, de las cuales entre un 11% y un 59% pueden causar potencialmente un daño al paciente y motivar su visita a urgencias o su reingreso antes de treinta días tras el alta.

La conciliación de la medicación es una herramienta útil para prevenir este tipo de errores. Consiste en revisar de manera sistematizada todos los medicamentos que está tomando el paciente, obteniendo una lista precisa de los mismos y comparándola con la lista de medicamentos que el paciente debería estar tomando, identificando y resolviendo discrepancias no intencionadas entre ambas y prestando especial atención en cada transición asistencial a aquellos medicamentos que se agregan, modifican o suspenden. Se trata de un proceso que puede ir ligado a otros, como la propia educación del paciente o la planificación del alta hospitalaria. Se estima que conciliando la medicación se pueden reducir hasta en un 85% este tipo de errores⁶⁷. Es una práctica segura recomendada por diversas organizaciones internacionales, como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), el National Quality Forum (NQF), la Joint Commission o la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la ha incluido entre las líneas estratégicas de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el período 2015-2020¹⁸, especialmente dirigida a pacientes crónicos polimeditados y pacientes de alto riesgo e instando a la colaboración de todos los actores implicados (profesionales responsables del paciente, paciente/cuidador, farmacia comunitaria, etc.).

ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016 se planteó el abordaje de este proceso desde una doble perspectiva: la identificación de las mejoras técnicas en Presbide (herramienta informática corporativa para la prescripción medicamentosa) y en su utilización, con el objetivo de facilitar los procesos de conciliación, y el desarrollo de un programa específico de conciliación de la medicación aplicable desde la Atención Primaria.

La oferta recibida desde el MSSSI para participar en la acción cooperativa europea denominada PaSQ recondujo los avances en esta línea de acción, con el objeto de aprovechar el aprendizaje resultante de la participación en ese proyecto en la definición del programa. El PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) es una acción cooperativa que tiene el objetivo de promover la Seguridad del Paciente en la Unión Europea y facilitar el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros y otras organizaciones interesadas en aspectos relacionados con la calidad asistencial y la Seguridad del Paciente, haciendo especial hincapié en la participación de los pacientes. Se inició en abril de 2012, organizada a través de 7 paquetes de trabajo (llamados Work Package, WP), liderados por diferentes países. En concreto, el WP5 liderado por Alemania es en el que se recoge, entre otras, la implementación de la conciliación de la medicación como práctica segura⁶⁸. A nivel estatal, el MSSSI coordinó la implementación del WP5, en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III. La implementación se desarrolló



entre noviembre de 2013 y octubre de 2014. Se acordó además un período de extensión entre septiembre de 2015 y marzo de 2016. Once organizaciones de servicios de Osakidetza participaron en el WP5, implementando programas de conciliación de la medicación muy diversos, tanto en su alcance (conciliación sólo al ingreso, sólo al alta o ambas) como en la población diana incluida (pacientes pluripatológicos mayores de 65 años, pacientes ingresados o dados de alta de un servicio hospitalario concreto, etc.)⁶⁹.

De esta participación se han podido extraer interesantes conclusiones, como la importancia del apoyo de los equipos directivos en el desarrollo del proceso, el papel de la tecnología como factor facilitador y la necesaria implicación de los pacientes y sus cuidadores y familiares. También se puso de manifiesto la resistencia al cambio de los profesionales sanitarios o la falta de recursos como principales barreras.

■ OBJETIVOS

El objetivo principal de esta línea es desarrollar un programa corporativo de conciliación de la medicación, con la colaboración del Servicio de Farmacia y de la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información.

■ ACCIONES

Tras la finalización del WP5 se propuso la constitución de un grupo de trabajo corporativo multidisciplinar para retomar la definición de un programa corporativo de conciliación de la medicación, aprovechando el aprendizaje que han supuesto los proyectos PaSQ. Esta definición se abordará desde una nueva perspectiva:

- En el marco del proceso de integración asistencial en el que está inmersa actualmente Osakidetza, el programa de conciliación se dirigirá al conjunto de las organizaciones incluyendo tanto el ámbito de Atención Primaria como de Atención Especializada.
- Se comenzará el desarrollo del programa corporativo de conciliación de la medicación por el momento del alta, teniendo en cuenta que un factor clave es considerar que la conciliación al alta hospitalaria comienza en el momento del ingreso, con la obtención de un listado actualizado de la medicación del paciente desde Atención Primaria y con los cambios pertinentes durante el ingreso desde Atención Especializada.
- Fomentar y facilitar el contacto continuo entre los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales implicados en la atención al paciente.

■ EVALUACIÓN

Tabla 6. Indicadores de la línea de acción “Conciliación de la medicación”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente revisado y actualizado	Disponible
Nº pacientes con conciliación de la medicación x 100 / Nº pacientes población diana (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado)	≥75%
Nº de discrepancias no justificadas / Total de pacientes conciliados (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado)	≤2



L6. OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE

FUNDAMENTO

Las pruebas que utilizan radiación ionizante constituyen una herramienta diagnóstica de primera línea en el modelo asistencial actual. Su uso se ha incrementado exponencialmente en los últimos años a pesar de que son sobradamente conocidos los posibles efectos perjudiciales de las dosis de radiación acumuladas durante la vida, como son los cánceres radioinducidos⁷⁰⁻⁷². Está claro que la utilización en la asistencia sanitaria de las pruebas que emplean radiación ionizante implica la asunción de un riesgo, por lo que debe imponerse el principio de minimizar ese riesgo sin comprometer los beneficios que aporta la realización de las mismas.

Este principio de minimización del riesgo se apoya en dos pilares:

- La selección razonable de las situaciones en las que se utiliza cada prueba, es decir, una adecuada justificación de la misma. La prueba sólo resulta útil si su resultado influye en ese momento en el establecimiento del diagnóstico o del tratamiento. Debe tenerse en cuenta en toda solicitud si están disponibles alternativas que no impliquen el uso de radiaciones ionizantes (ecografía, resonancia magnética), o si el mismo estudio que se desea se ha realizado recientemente en otro punto asistencial, evitando su repetición.
- La optimización de la dosis empleada, de tal forma que pueda obtenerse una información diagnóstica suficiente sin que se someta al paciente a una exposición a dosis innecesariamente altas. Un primer factor clave para este principio es que el profesional solicitante debe aportar la información clínica suficiente para que se utilice el procedimiento y la técnica adecuada. Una adecuación de los parámetros técnicos de la exploración puede permitir una reducción de hasta un 30% de la dosis emitida sin una rebaja perjudicial en la calidad de la imagen.

La minimización del riesgo es prioritaria en aquellos grupos de población que son más vulnerables al efecto de la radiación: la población pediátrica y las mujeres embarazadas. Además debe tenerse especialmente en cuenta ante la solicitud y realización de aquellas pruebas que suponen la emisión de mayores dosis de radiación, como son los TAC o la radiología intervencionista.

Cabe señalar que en nuestro entorno los principios de la protección radiológica de la población están regulados por ley: Directiva 2013/59/Euratom del Consejo Europeo, Real Decreto 1976/1999, Real Decreto 783/2001, Real Decreto 1439/2010, Real Decreto 815/2001⁷³⁻⁷⁷, normativas que ponen de relieve la necesidad de justificar la exposición médica a radiaciones, incluida la de personas asintomáticas, de proponer requisitos más estrictos en cuanto a la información que debe proporcionarse a los pacientes, el registro y la notificación de las dosis de los procedimientos médicos, así como del uso de niveles de referencia de dosis para el diagnóstico.

Si bien en un inicio los avances tecnológicos en este campo estaban enfocados a la obtención de la imagen de mayor calidad posible, a medida que la evidencia disponible nos ha hecho conscientes de los riesgos inherentes a la acumulación de dosis de radiación a lo largo de la vida, este esfuerzo ha derivado en una búsqueda de imágenes con la calidad suficiente para el fin diagnóstico pretendido, cuidando las dosis de radiación emitidas durante la realización de las pruebas. De esta manera, las últimas innovaciones en los equipamientos de radiodiagnóstico están permitiendo alcanzar reducciones en las dosis de entre un 20 y un 50%.



En base a todo lo expuesto, una adecuada gestión para la minimización del riesgo que supone el empleo de pruebas que utilizan radiación ionizante pasa por:

- Realizar pruebas debidamente justificadas.
- Aprovechar los avances en los equipamientos de radiodiagnóstico.
- Adecuar los protocolos en base a la indicación clínica, la edad y el peso del sujeto a estudiar, evitando la variabilidad.

■ ANTECEDENTES

Desde el año 2010 Osakidetza viene desarrollando acciones con el objetivo de promover la optimización en el uso de las pruebas que utilizan radiación ionizante, especialmente en la población pediátrica. Los esfuerzos se han centrado en la racionalización del uso de estas pruebas, sensibilizando en materia de protección radiológica tanto a prescriptores como a radiólogos y poniendo a su disposición la información necesaria sobre las dosis acumuladas por cada paciente.

La inclusión de una línea de acción específica para este aspecto en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 ha servido para dar un impulso adicional a esas acciones:

- Se ha distribuido un fascículo informativo sobre la necesidad de justificar las pruebas con el fin de evitar estudios innecesarios en pediatría, informando al médico prescriptor de las diferencias de dosis de las distintas pruebas en radiodiagnóstico y medicina nuclear.
- En base a ese fascículo se han llevado a cabo sesiones de sensibilización dirigidas a radiólogos, pediatras y otros profesionales prescriptores.
- Se ha avanzado en la incorporación a la historia clínica electrónica del registro de indicadores de dosis de diferentes pruebas, como el TAC o las mamografías (Historial Dosimétrico de Osabide Global).
- Se ha puesto a disposición de los radiólogos y radiofísicos un sistema de explotación de los datos referidos a dosis de diferentes pruebas, que puede permitir:
 - Verificar la consistencia de los datos y/o la necesidad de un factor corrector en función de la calibración de cada aparato.
 - Realizar una explotación básica de los protocolos de realización de las pruebas, que permita el ajuste de los mismos.
 - Estudios específicos en base a parámetros concretos (DLP, dosis efectiva y CTIvol)
 - Fijar valores de referencia, unificar protocolos y detectar situaciones anómalas.

■ OBJETIVOS

Los objetivos principales en esta línea de acción para el período 2017-2020 serán:

1. Promover acciones para la optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas en las que se utiliza radiación ionizante, tanto en niños como en adultos.
2. Promover la aplicación de protocolos específicos consensuados para la realización de pruebas con radiación ionizante, para el conjunto de la organización, con el fin de reducir la variabilidad.



3. Explotar los datos acumulados gracias al historial dosimétrico con el objetivo de ajustar las dosis de radiación necesaria de manera eficiente.

ACCIONES

Para alcanzar los objetivos propuestos, se plantean las siguientes acciones:

1. Mejorar la información aportada a los prescriptores sobre las dosis efectivas recibidas por los pacientes:
 - Finalizando la incorporación de los datos de dosis de las mamografías al Historial Dosimétrico de Osabide Global.
 - Incorporando los datos de dosis de la radiología intervencionista al Historial Dosimétrico.
2. Establecer ayudas a la prescripción:
 - Valorando las posibilidades de incorporar utilidades en Osabide Global que asistan en la prescripción de pruebas que emiten altas dosis de radiación ionizante, como los TAC (apoyando el proceso en las experiencias desarrolladas en este sentido en algunas organizaciones de servicios).
3. Fomentar la revisión de los protocolos de realización de las pruebas que emiten altas dosis y el uso adecuado de los mismos:
 - Utilizando para ello la información disponible en el sistema de explotación de los datos de dosis en esas pruebas.
4. Sistematizar la explotación de los datos disponibles sobre las dosis empleadas en esas pruebas:
 - Diseñando un modelo de informe homogéneo para todas las organizaciones de servicios.
 - Revisando los procedimientos de citación de pruebas para garantizar la concordancia de los datos explotados.

EVALUACIÓN

Tabla 7. Indicadores de la línea de acción “Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Proporción de organizaciones que disponen de un plan sistematizado y documentado de explotación y análisis de datos referidos a dosis empleadas en pruebas que emiten altas dosis de radiación ionizante (aplicable sólo en aquellas que realicen este tipo de pruebas)	100%
Proporción de organizaciones que disponen de un plan sistematizado y documentado de revisión de protocolos de pruebas que emiten altas dosis de radiación ionizante, en base al análisis de los datos de dosis obtenidos de esas pruebas (aplicable sólo en aquellas que realicen este tipo de pruebas)	100%



L7. SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

FUNDAMENTO

La justificación de la existencia de esta línea estratégica definida hace cuatro años no ha variado de forma significativa. Se han producido recientemente ligeras variaciones, tanto en donación como en transfusión de componentes, debido fundamentalmente al envejecimiento de nuestra población, a las consecuencias de la globalización en la selección de donantes, o al cambio de perfil en receptores debido a la mejora tecnológica y de conocimiento en la asistencia sanitaria. En la Comunidad Autónoma Vasca, la donación de sangre y tejidos, así como la recepción / implante de componentes sanguíneos y tejidos / células, sigue afectando a alrededor de 100.000 personas cada año. El impacto que el manejo de estos productos tiene en la Salud Pública de la Comunidad es aún mayor que lo que se comentaba en el anterior documento debido a la aparición y/o acercamiento de infecciones emergentes como Zika o Virus del Nilo Occidental. Seguimos evaluando los potenciales incidentes y efectos adversos que pueden ocasionarse a los receptores de estos productos de forma puntual, declarando su presencia de acuerdo a los circuitos regionales, estatales e internacionales establecidos y tomando medidas para su minimización mediante la correcta selección de los donantes, y los apropiados procesamiento, análisis, almacenamiento y distribución. Los incidentes más conocidos están relacionados con la transmisión de agentes infecciosos (la globalización y la facilidad actual en los viajes provoca que la aparición de cualquier brote epidémico se convierta rápidamente en una alerta mundial) y los accidentes inmunológicos, pero sin obviar el creciente riesgo que supone la no implantación de medidas de Seguridad en la identificación de muestras, personas y documentos en cualquiera de las etapas del procedimiento de transfusión y/o implante.

Por ese motivo, durante los últimos cuatro años se ha procedido a desarrollar e implantar un procedimiento corporativo transfusional cuya instauración está a punto de finalizar. El procedimiento incluye la automatización equivalente de los equipos de laboratorio de transfusión, la implantación de sistemas de información comunes que permiten la disponibilidad inmediata de toda la información relevante en todos los centros, la incorporación de tecnologías de última generación en las etapas de identificación, o la puesta en marcha de una solicitud electrónica de componentes sanguíneos asistida incorporada en Osabide Global para mejorar el procedimiento de prescripción.

Seguimos teniendo muy en cuenta lo importante que es evitar los efectos adversos en donantes, ya que su aparición o incorrecto manejo puede provocar desconfianza en el sistema de donación. Por ese motivo se dispone de un procedimiento de seguimiento personalizado por nuestro personal sanitario en todos los casos y hasta la resolución del incidente.

ANTECEDENTES

La constante revisión e incorporación de medidas actualizadas de Seguridad en la obtención y utilización de sustancias sanguíneas de origen humano, continúa siendo vital en nuestro Sistema de Salud durante las últimas décadas. Se trata de medidas organizativas tales como la instauración incondicional de la donación voluntaria y no remunerada (concepto que hay que defender continuamente ante la aparición constante de alarmas que pueden hacer peligrar su universalización); medidas clínico-epidemiológicas de revisión continuada de la selección de donantes a través de las instituciones europeas dedicadas a la prevención y control de enfermedades infecciosas; medidas



de control analítico en la detección de agentes infecciosos (últimas tecnologías en su detección directa e indirecta), y de rendimiento e idoneidad de los componentes obtenidos; medidas destinadas a la correcta elaboración de los productos mediante GMP (Good Manufacturing Practice); o medidas destinadas a implantar Sistemas de Calidad en el conjunto de la actividad de nuestros centros. En la actualidad nos encontramos pendientes de la trasposición de la nueva directiva europea relativa a la instauración de medidas de producción e inspección muy similares a las vigentes en la industria farmacéutica.

Recordando el anterior documento, “Todas estas medidas se definen en las normas y estándares en vigor de ámbito europeo desde el momento en que la libertad de movimientos de bienes y personas en el espacio europeo se convirtió en una realidad, forzando a las instituciones a la incorporación de estos productos al campo de la Salud Pública y a su control supranacional⁷⁸⁻⁸¹. Consiguientemente, los programas de Hemovigilancia y Biovigilancia se han convertido en esenciales para el conocimiento y la toma de decisiones comunes y específicas para los estados miembros de la UE”.

■ SITUACIÓN ACTUAL

Del análisis de actividad del Sistema de Hemovigilancia de la Comunidad Autónoma Vasca, durante los años precedentes, puede concluirse de forma global:

- Se registran, como media, alrededor de 400 informes procedentes de los 23 hospitales (públicos y privados) pertenecientes a la Comunidad. La inmensa mayoría de ellos se consideran leves y sin afectación significativa para la salud de receptores y donantes.
- Los hospitales deben declarar sus notificaciones de acuerdo a los formularios establecidos por la Autoridad Competente y las instrucciones de la Unión Europea. En caso de no existir incidentes, debe comunicarse también tal extremo con el fin de garantizar que el sistema está en vigor y funcionando.
- No se han producido recientemente confirmaciones de casos de transmisión de virus, ni de parásitos, ni de bacterias a través de la transfusión. Sin embargo, esto no quiere decir que no existan, por lo que se ha de mantener la vigilancia estricta, así como extremar las medidas de garantía de trazabilidad.
- Hasta ahora, el mayor número de casos comunicados corresponde a los “casi incidentes” y el motivo más frecuente se relaciona con la extracción de las muestras, o identificación del paciente. Con la reciente instauración de sistemas tecnológicamente orientados a minimizar esta cuestión, se espera una inmediata reducción de este tipo de incidentes.
- Sigue siendo imprescindible, sin embargo, el registro y la notificación de estos “casi incidentes”, ya que son errores que han sido detectados antes de que hubiera una posible complicación, y así se pueden analizar y corregir las deficiencias de la cadena transfusional que pueden dar lugar a un evento adverso transfusional. Son asimismo orientativos sobre la calidad de ciertos procedimientos rutinarios hospitalarios.
- La formación del personal sanitario así como la informatización (incorporación de alertas, o la propia prescripción en la historia clínica electrónica) en el proceso de la transfusión mejorará la Seguridad para el enfermo y ayudará a la disminución de los errores en la selección de los componentes.



- Sigue habiendo diferencias en la información comunicada de las reacciones adversas de la transfusión procedente de los hospitales de características similares, lo que podría sugerir que la identificación de las reacciones adversas sea diferente o no comunicada.
- Hay que lograr mayor participación de Hospitales de la red privada. Procurando una mayor comunicación e información del sistema de Hemovigilancia. Por ello, se pretende que en los próximos años todos los centros participen de los sistemas de información comunes que ayuden a conseguir la auténtica y universal equidad transfusional.

■ OBJETIVOS

1. Efectuar la actualización periódica de los criterios de selección en base a las variaciones epidemiológicas y demográficas de la comunidad. En colaboración con la Dirección de Salud Pública del Departamento de Salud y en sintonía con los documentos elaborados periódicamente por el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) de la Unión Europea.
2. Minimizar el riesgo residual en transmisión de enfermedades infecciosas mediante la fidelización de donantes seguros y la incorporación de tecnologías automatizadas de la máxima sensibilidad en la detección de marcadores: serología viral y de parásitos, detección genómica viral, detección bacteriana, etc. Agentes implicados: VHB, VHC, VIH, HTLV I y II, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi*, paludismo, virus del Nilo Occidental o citomegalovirus. Mención especial puede merecer la vigilancia de situación del virus de la hepatitis E.
3. Minimizar el riesgo de accidentes inmunológicos mediante el correcto tipaje de donantes y componentes y la implantación de tecnologías corporativas destinadas a incrementar la Seguridad transfusional disminuyendo los errores de identificación asociadas a las diferentes etapas del proceso, medida ya prácticamente instaurada, tal y como se ha comentado anteriormente.
4. Estimular la incorporación hospitalaria de medidas de uso óptimo PBM (Patient Blood Management) como requisitos básicos de primera línea para la Seguridad del Paciente⁸². Una de las herramientas más válidas ha sido la implantación, también corporativa, de la SOLICITUD ELECTRÓNICA asistida que permite disponer de conocimientos exactos sobre la calidad y hábito transfusional de los servicios hospitalarios como primera medida para ayudar a los profesionales a mejorar la asistencia transfusional, transfundiendo únicamente en los casos necesarios y, por otro lado evitar posibles situaciones de infratransfusión.
5. Consolidar los programas de vigilancia, como fuente de conocimiento en la toma de decisiones, y estimular la declaración de incidentes, con o sin efecto en pacientes y donantes, a través de los cauces ya establecidos⁸³. Los programas de vigilancia incorporan: Hemovigilancia (componentes sanguíneos), Biovigilancia (células y tejidos), Materiovigilancia (material y equipamiento relacionado con la producción y manejo de sustancias de origen humano), o Farmacovigilancia (en lo relativo a derivados plasmáticos de producción farmacéutica procedentes de plasma humano de donantes comunitarios). En este sentido se ha presentado un proyecto a la Dirección General de Osakidetza en el marco de *Parte Hartu* con la finalidad de incrementar su eficacia y eficiencia.



■ **EVALUACIÓN**

Tabla 8. Indicadores de la línea de acción “Seguridad Transfusional”

INDICADOR
Número de reacciones adversas
Alérgicas
Febriles
TRALI
Hemolíticas
Alloinmunización
Enfermedad injerto contra huésped
Púrpura transfusional
Infección bacteriana
Infección vírica
Infección parasitaria
Edema de pulmón cardiogénico
Hemosiderosis
Efectos adversos graves en donantes de sangre
Número de casi incidentes
Porcentaje de reacciones adversas (sobre componentes transfundidos)
Número de unidades transfundidas
Hematíes
Plaquetas
Plasma



L8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

FUNDAMENTO

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) constituyen un reto para los sistemas sanitarios, a pesar de todos los esfuerzos que se realizan para reducir los riesgos asociados a éstas. El envejecimiento de la población, el compromiso de la inmunidad en determinados grupos de riesgo, la cada vez mayor instrumentalización de la asistencia sanitaria, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico o el desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos hacen que las IRAS sigan siendo un importante problema de Salud Pública, tanto por la morbilidad y mortalidad que ocasionan como por su repercusión sobre la calidad de la asistencia y sobre el gasto sanitario⁸⁴. Además, las IRAS pueden ser infecciones difíciles de tratar por la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos.

El concepto de IRAS ha traspasado el ámbito hospitalario y engloba todas las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria que se presta a un paciente, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario⁸⁵.

La prevalencia estimada de IRAS en Europa, en un estudio realizado por el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) fue de un 6%. Se estima que 4,1 millones de pacientes al año adquieren una IRAS en la Unión Europea, y cerca de 37.000 fallecimientos son consecuencia directa de estas infecciones. Se considera que el 20-30% de las IRAS se pueden prevenir mediante programas de control e higiene⁸⁶.

Ya en los años 70 los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) desarrollaron el proyecto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) con el objetivo de valorar la efectividad de los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial (IN) en EE. UU. Los resultados mostraron que, alrededor del 32% de las infecciones nosocomiales podrían evitarse si se adoptasen programas eficaces de control de la infección y que la vigilancia activa es un componente esencial en los programas de control de infecciones^{87,88}.

En España, en el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) realizado en el año 2005, el 25,3 % de los eventos adversos recogidos estaban relacionados con la infección nosocomial y de ellos el 56,6% se consideraron evitables⁸⁹. En el estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS) realizado en 2007 en 48 centros de Atención Primaria de 16 Comunidades Autónomas, el 8,4% de los eventos adversos estaba relacionado con las IRAS⁹⁰.

La vigilancia y control de las IRAS son componentes críticos de la Seguridad del Paciente y una prioridad de las políticas de calidad y seguridad del paciente, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico. El primer reto mundial que se ha desarrollado en el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecida en 2004 con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de Seguridad del Paciente en todo el mundo, ha sido el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados⁹¹. Y a través de la campaña “Una atención limpia es una atención más segura” se ha fomentado la higiene de manos en la atención sanitaria como una medida fundamental para reducir las IRAS y mejorar la Seguridad del Paciente en todos los ámbitos⁹².

En Europa, la Recomendación del Consejo Europeo del 9 de junio de 2009 en Seguridad del Pacien-



te, incluyendo la prevención y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (2009/C151/01), insta a los países de la Unión Europea a adoptar y aplicar una estrategia de prevención y control de las IRAS⁹³.

La Decisión nº 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo del 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, en su artículo 2 relativo al ámbito de aplicación, incluye a las “Resistencias antimicrobianas e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria relacionadas con enfermedades transmisibles” entre las amenazas de origen biológico sobre las que se aplicarán medidas de salud pública⁹⁴.

En el año 2009 se creó el Grupo de Trabajo Transatlántico sobre Resistencia a los Antimicrobianos (The Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance TATFAR) con el objetivo de mejorar la cooperación entre los Estados Unidos y la Unión Europea, compartiendo esfuerzos y conocimiento en tres áreas clave: el uso terapéutico apropiado de antimicrobianos tanto en el ámbito médico como en el veterinario; la prevención de las infecciones producidas por microorganismos resistentes a los antibióticos, tanto comunitarias como asociadas a la asistencia sanitaria; y establecer estrategias para la mejora en el desarrollo de nuevos fármacos antimicrobianos⁹⁵.

Entre las recomendaciones que ha establecido este grupo de trabajo se encuentran⁹⁶:

- Necesidad de crear indicadores comunes de estructura y proceso del uso de los antibióticos, tanto de uso en humanos como en veterinaria.
- Desarrollar y evaluar la efectividad de instrumentos que promuevan el cambio de comportamientos e incrementen el uso apropiado de antibióticos.
- Colaborar en el desarrollo de estudios epidemiológicos.
- Coordinar los criterios de interpretación de las resistencias entre los diferentes laboratorios.
- Consensuar herramientas de evaluación de los programas de control de infección hospitalaria.
- Elaborar una estrategia conjunta de vacunación para prevenir infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Estimular y potenciar la creación de nuevos antimicrobianos.

En la Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se desarrolla desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas, una de las líneas priorizadas ha sido la prevención de las IRAS. Entre las buenas prácticas desarrolladas destacan el Programa de Higiene de Manos, y los programas de seguridad realizados en las Unidades de Cuidados Intensivos: Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero¹⁸.

Por otra parte y con objeto de dar cumplimiento a la Comunicación de la Comisión Europea, del 17 de noviembre de 2011, por la que se solicita a los Estados miembros un plan de acción sobre resistencias a los antibióticos, desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se está desarrollando un “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”⁹⁷. Este Plan incluye tanto la medicina humana como veterinaria y tiene como objetivo reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos.

En Osakidetza, la prevención y el control de las IRAS han sido objetivos prioritarios para el conjunto del sistema sanitario de nuestra Comunidad desde hace más de dos décadas. El documento “Política



de Salud para Euskadi 2000” (Euskadirako Osasun Politika) ya incluía dos objetivos relativos a la reducción de la frecuencia de las infecciones nosocomiales y al desarrollo de programas de vigilancia y control en los hospitales de Osakidetza⁹⁸. Desde entonces, la disminución de las IRAS ha sido uno de los objetivos de los diferentes planes de salud y planes estratégicos desarrollados en la Comunidad Autónoma Vasca y para ello se han puesto en marcha diferentes líneas de trabajo, programas y proyectos entre los que cabe destacar:

- El Plan INOZ, (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana - Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales) enmarcado actualmente en el programa corporativo de Seguridad del Paciente de Osakidetza.
- Prevención de las IRAS en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): Proyecto Bacteriemia Zero, Proyecto Neumonía Zero, Proyecto Resistencia Zero.

Actualmente nuestra Comunidad está participando en el desarrollo del “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”⁹⁷ coordinado por la AEMPS y el MSSSI y una de las líneas de trabajo que se está impulsando es la puesta en marcha de programas de promoción del uso prudente de antibióticos.

■ ANTECEDENTES

PLAN INOZ

El Plan INOZ se inició en el año 1990, a partir de diversas iniciativas que surgieron desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza y los servicios hospitalarios de Osakidetza, confluyendo en la necesidad de poner en marcha un plan de desarrollo de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Osakidetza. Los dos objetivos fundamentales del Plan INOZ eran disminuir la frecuencia de las infecciones nosocomiales y desarrollar planes de vigilancia y control de la infección nosocomial en los hospitales de Osakidetza.

En 1991 se creó el grupo de trabajo INOZ, responsable del desarrollo del Plan INOZ. Se estableció como grupo de referentes técnicos en materia de infección nosocomial en la red de Osakidetza, y como comité asesor en esta materia de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Durante su primera década de funcionamiento se elaboraron diversas guías de referencia en el control de la infección nosocomial, no sólo en nuestra red sino fuera de ella: “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” en 1994 y 1997^{99,100} y el “Libro blanco de la infección nosocomial” en 1997¹⁰¹.

Actualmente el grupo de trabajo INOZ está integrado por profesionales médicos y de enfermería responsables de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial en los hospitales de Osakidetza y por profesionales de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Se reúne de forma periódica y entre sus funciones se encuentra debatir objetivos y estrategias para la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y establecer actuaciones y líneas de acción en relación con los resultados obtenidos de los sistemas de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

En la actualidad, el Plan INOZ pretende dar continuidad a los planes y programas en los que se lleva trabajando desde hace años, entre los que se encuentran:

- Sistema de Vigilancia INOZ



- Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN)¹⁰²
- Higiene de Manos
- Reducción de infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a catéter urinario (línea de trabajo desarrollada en la Estrategia de Seguridad de Osakidetza 2013-2016)

En esta nueva estrategia, además de la continuidad de las líneas y programas establecidos, se va a incorporar un nuevo proyecto “Infección Quirúrgica Zero”¹⁰³, dirigido a la implementación de medidas de probada efectividad para la disminución de la infección de herida quirúrgica y se va a trabajar en la generalización con un enfoque corporativo de los Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA)^{97,104}.

Sistema de Vigilancia INOZ

El programa de vigilancia INOZ tiene una amplia trayectoria en nuestra Comunidad. En el año 1990 se realizó el primer estudio de incidencia de infección nosocomial en la CAPV, el estudio INOZ, en el que participaron los 10 hospitales de agudos de Osakidetza existentes en ese momento. A partir de los resultados de este estudio se estableció como un objetivo prioritario la disminución de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Osakidetza. Con el objetivo de canalizar todos los esfuerzos para el desarrollo de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial, entre los que se encuentran los dirigidos a realizar estudios conjuntos y comparables, se estableció una Unidad de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial a nivel central.

La vigilancia de la infección nosocomial se realiza actualmente a través de estudios de incidencia y de estudios de prevalencia.

Los estudios corporativos de incidencia comenzaron a realizarse en el periodo 1996-1997. Actualmente los realizan todos los hospitales de Osakidetza, excepto los pertenecientes a las redes de Salud Mental. Los estudios de incidencia se realizan anualmente en el periodo determinado por el Contrato Programa.

Los procedimientos a monitorizar, así como los estándares a conseguir, se determinan anualmente por el grupo de trabajo INOZ. Normalmente, se monitoriza al menos un procedimiento quirúrgico considerado como cirugía limpia, y otro procedimiento quirúrgico considerado como cirugía limpia contaminada.

Actualmente, en los hospitales de agudos se monitoriza la cirugía electiva de colon-recto (desde 2001), la cirugía protésica de cadera y la de recambio de prótesis de cadera (desde 2005) y la cirugía protésica de rodilla y la de recambio de prótesis de rodilla (desde 2011). En el periodo 2015-2016 se han actualizado los procedimientos a revisar y se ha ampliado la vigilancia tras el alta (30 días para la cirugía de colon-recto y 90 días para la cirugía protésica de cadera y rodilla, según criterios de los Centers for Disease Control and Prevention). Además de los estudios corporativos comentados, cada hospital realiza a lo largo del año diferentes estudios de incidencia de infección nosocomial en función de su interés, bien sobre otro tipo de procedimiento, por ejemplo cirugía cardíaca, o en algún servicio específico, por ejemplo Reanimación, o relacionados con algún dispositivo.

En los hospitales de media-larga estancia se realizan estudios de incidencia de la infección nosocomial en el área médica del hospital. En el periodo 2015-2016 se ha realizado de forma corporativa un estudio de incidencia de ITU asociadas a sondaje.

Los indicadores de infección nosocomial para el Contrato Programa, acordados anualmente entre las Delegaciones Territoriales del Departamento de Salud del Gobierno Vasco con las organizaciones de



servicios de Osakidetza, son propuestos por el grupo de trabajo INOZ al Departamento de Salud que, en última instancia, es quién determina los indicadores a incluir.

Con el fin de facilitar una forma sistematizada y homogénea de recogida de la información de la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, en el año 1997 se desarrolló una herramienta informática que ha permitido conocer la incidencia de la infección nosocomial en nuestras organizaciones de servicios, determinar los factores que han contribuido a su aparición e implantar medidas correctoras. Actualmente esta herramienta está en fase de evolución tecnológica.

En relación a los estudios de prevalencia, desde el año 1990 se realiza anualmente el Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (estudio EPINE) Los hospitales de Osakidetza se fueron incorporando a este estudio en los primeros años. Actualmente todos los hospitales de agudos y de media-larga estancia de Osakidetza participan en el mismo.

Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN)

Los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) de los hospitales de Osakidetza, nacieron en 1999 a iniciativa del grupo de trabajo INOZ. Estos planes se desarrollaron como un conjunto de requisitos técnicos relacionados con actividades de prevención, vigilancia y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria, dirigidos a minimizar el impacto de la infección hospitalaria sobre la Seguridad del Paciente. Desde el año 2000 y de forma periódica se realizan evaluaciones de los PVPCIN. En el año 2008 y en el marco de un proyecto de orientación a la mejora continua de los planes, se desarrolló una herramienta informática para facilitar la autoevaluación y evaluación de las organizaciones. En ella se recogen las siguientes 7 áreas, que incluyen criterios relacionados con la vigilancia, la prevención y el control de la infección nosocomial:

1. Enfoque y estructura del plan
2. Bioseguridad ambiental
3. Proceso asistencial
4. Limpieza, desinfección y esterilización
5. Infección hospitalaria
6. Resultados en infección
7. Otros aspectos relacionados con la infección:
 - Adquisición de productos, equipamiento y material sanitario
 - Educación sanitaria

La última evaluación se realizó en el año 2013. En ella se elaboró un informe por Organización de Servicios que incluía las fortalezas y las áreas de mejora detectadas. La autoevaluación y evaluación de los PVPCIN es una herramienta que permite detectar los puntos críticos de cada organización de servicios y establecer áreas de mejora con el fin de prevenir y controlar las IRAS.

Higiene de manos

En el año 2005 la OMS lanzó el primer reto mundial por la Seguridad del Paciente, “Clean Care is Safer Care” (Una atención limpia es una atención más segura), con el objetivo de lograr que se reconozca universalmente que el control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la



Seguridad de los pacientes, y el papel fundamental que tiene la higiene de manos en la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Uno de los componentes fundamentales de este programa es la campaña “Save lives: Clean your hands” (Salve vidas: lávese las manos), destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sanitario. El objetivo de la campaña es concienciar a los profesionales acerca de la necesidad de mejorar y mantener las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno y de la forma apropiada, con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los centros sanitarios.

Desde el año 2008 nuestra Comunidad participa en el Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se desarrolla en el marco de este primer reto mundial “Una atención limpia es una atención más segura” y en el Comité de Expertos sobre Higiene de Manos del MSSSI. Los objetivos generales del programa son mejorar la higiene de manos de los profesionales, pacientes y familiares con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en el SNS y promover el desarrollo de la Estrategia de higiene de manos de la OMS a nivel del SNS. Con este fin se han consensuado acciones básicas dirigidas a promover la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud y la formación sobre los “5 momentos” de la higiene de manos y se han establecido indicadores de evaluación de estructura, proceso y resultado, que son evaluados anualmente.

Así mismo, desde 2009 se celebra a nivel estatal y en las Comunidades Autónomas el día mundial de la higiene de manos, con el desarrollo de acciones específicas para profesionales y pacientes, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para ese día.

En el año 2008 se creó en Osakidetza un Grupo de trabajo de Higiene de Manos y actualmente contamos con profesionales referentes de higiene de manos en todas las organizaciones de servicios. Entre las actividades realizadas destacar:

- La publicación de la “Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios”¹⁰⁵
- La puesta en marcha de la Campaña de higiene de manos en Osakidetza
- La formación de referentes en higiene de manos
- El curso on line en higiene de manos para profesionales sanitarios
- La participación el 5 de mayo en el Día mundial de la Higiene de Manos
- La acreditación de observadores en higiene de manos

Reducción de Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociadas a catéter urinario

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) constituyen una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más prevalentes. Estas infecciones son de gran trascendencia tanto por la morbi-mortalidad que generan en los pacientes, como por su repercusión en la calidad de la asistencia y en el gasto sanitario. Son una de las causas más frecuentes de bacteriemia nosocomial, lo que empeora el estado de salud y la evolución del paciente. Y se están incrementando las infecciones por microorganismos multirresistentes, lo que dificulta los tratamientos¹⁰⁶.

Los resultados del último estudio de prevalencia de infección nosocomial disponible a nivel estatal, EPINE-EPPS 2016, muestran que del total de infecciones nosocomiales adquiridas en el presente ingreso el 20% eran ITU y del total de ITU nosocomiales no presentes al ingreso, más del 60% presentaban un catéter urinario en los siete días previos al inicio de la infección¹⁰⁷.



Como hemos comentado en el análisis de situación, en el marco de la Estrategia 2013-2016 se ha elaborado un protocolo de recomendaciones, basadas en la evidencia científica y en el consenso de expertos, dirigido a reducir las ITU asociadas a catéter urinario, que está pendiente de revisión final y aprobación y que recoge:

- Las indicaciones de sondaje urinario
- Las contraindicaciones absolutas y relativas para el cateterismo intrauretral
- Los criterios de retirada de sonda por facultativo
- El decálogo de buenas prácticas para la técnica del sondaje vesical para su aplicación en el ámbito hospitalario y de atención primaria
- El decálogo de cuidados del sondaje vesical para su aplicación en el ámbito hospitalario y de atención primaria

INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

Las intervenciones quirúrgicas son un componente fundamental de la asistencia sanitaria, ya que a menudo son el único tratamiento que puede aliviar discapacidades y reducir el riesgo de muerte por determinadas enfermedades. Según los datos publicados por el MSSSI, en el año 2015 se realizaron en España 5 millones de intervenciones (incluye intervenciones en hospitales públicos-SNS y privados)¹⁰⁸. Sin embargo las intervenciones quirúrgicas no están exentas de riesgos y la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables con importantes repercusiones en la salud pública^{109,110}.

En el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), se vio que en los Servicios Quirúrgicos el 37,6% de los eventos adversos detectados estaba relacionado con el procedimiento y el 29% con la infección nosocomial, de los cuales el 31% y el 54% respectivamente se consideraron evitables⁸⁹.

Las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) son una de las infecciones nosocomiales más prevalentes, como se objetiva en los estudios realizados tanto a nivel europeo como estatal. En el estudio de prevalencia realizado en 2012 en hospitales europeos por el ECDC, la prevalencia de IRAS fue de un 6% y el 19,6% del total de IRAS fueron infecciones de localización quirúrgica, las segundas en frecuencia tras las infecciones respiratorias⁸⁶. En el estudio EPINE 2016 las infecciones de localización quirúrgica fueron las infecciones nosocomiales de mayor prevalencia en los pacientes hospitalizados (21,6%)¹⁰⁷.

Las infecciones de localización quirúrgica incrementan la morbilidad en los pacientes, se asocian con estancias prolongadas, pueden requerir procedimientos quirúrgicos adicionales, pueden precisar cuidados intensivos y pueden incrementar la mortalidad.

Diversos estudios han avalado la efectividad de paquetes de medidas preventivas destinados a reducir la infección de localización quirúrgica. Y existe un amplio consenso entre las guías de diferentes países en recomendar la introducción de una serie de medidas preventivas de forma conjunta en paquetes o bundles¹⁰³.

En base a esta evidencia, el proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) tiene como objetivo reducir un 15% la tasa de ILQ durante el primer año en aquellos hospitales y procedimientos en los que se aplique el paquete de medidas preventivas, que incluye tres medidas obligatorias:



- Adecuación de la profilaxis antibiótica
- Antisepsia de la piel con solución de clorhexidina alcohólica al 2%
- Eliminación correcta del vello

Y dos opcionales:

- Mantenimiento de la normotermia perioperatoria
- Mantenimiento de la normoglucemia perioperatoria

Entre los objetivos específicos del proyecto se encuentran identificar y documentar los casos de ILQ para analizar los posibles errores e identificar oportunidades de mejora, y mejorar la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en las áreas quirúrgicas.

Dada la importancia que tiene implantar medidas preventivas de probada efectividad para la reducción de las IRAS, en esta estrategia se va abordar de forma específica, a través de la participación en este proyecto, la implantación de medidas dirigidas a reducir las ILQ.

PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

En el marco del “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos” que se está desarrollando, coordinado desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del MSSI, y en la línea estratégica II “Controlar las resistencias bacterianas”, una de las medidas que se quiere impulsar es el diseño y difusión de herramientas para la promoción de las buenas prácticas en el uso de antibióticos. Entre ellas se encuentran los “Programas de optimización de uso de antimicrobianos” (PROA)⁹⁷. Los PROA constituyen un esfuerzo por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados, con la intención de mejorar los resultados clínicos, minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos, incluyendo la aparición y diseminación de resistencias y garantizar un tratamiento coste-efectivo¹¹¹.

En 2012, y por iniciativa del Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas (SEIMC), se elaboró un documento de consenso, junto con la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), en el que se justifica la necesidad de implementar programas de optimización de uso de antimicrobianos en los hospitales y se propone a los profesionales sanitarios y a las administraciones sanitarias una serie de recomendaciones para la implantación de estos programas¹¹². Entre las recomendaciones que se recogen, señalar que estos programas necesitan ser considerados programas institucionales de los hospitales donde se desarrollen y estar adaptados a las características del hospital.

En Osakidetza, los PROA se vienen desarrollando en algunas Organizaciones de Servicios, por iniciativa bien de grupos de profesionales o de las Direcciones, sensibilizados con la adecuada utilización de antibióticos y en respuesta a las recomendaciones publicadas y con variabilidad con respecto a las líneas de trabajo abordadas.

En esta Estrategia se quiere generalizar con un enfoque corporativo los PROA en nuestras Organizaciones.



PREVENCIÓN DE LAS IRAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas en las que por sus especiales características la aparición de IRAS constituye un grave problema: los pacientes ingresados son más vulnerables por la enfermedad que presentan y sus condiciones subyacentes, la utilización de dispositivos invasivos altera las barreras defensivas y presentan factores de riesgo que facilitan la aparición de microorganismos multirresistentes. Todo ello incrementa la morbi-mortalidad, prolonga las estancias hospitalarias e incrementa los costes sanitarios¹¹³.

Bacteriemia Zero y Neumonía Zero

Desde el año 1994, el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (GTEI-SEMICYUC) viene desarrollando la Encuesta Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las UCI (ENVIN-UCI). En ella se seleccionaron para su vigilancia, por su frecuencia y gravedad, las infecciones nosocomiales relacionadas con dispositivos, entre las que se incluyen las Bacteriemias Relacionada con Catéter (BRC) y las Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (NAV).

En el año 2008 y teniendo como base la estrategia multifactorial desarrollada en Michigan por el Dr. Peter Pronovost de la Universidad Johns Hopkins, que se asociaba con una reducción de las bacteriemias relacionadas con catéter¹¹⁴ y de la mortalidad de los pacientes ancianos, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con la OMS, puso en marcha un proyecto a nivel del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las UCI, liderado por la SEMICYUC y en coordinación con las Comunidades Autónomas: el proyecto Bacteriemia Zero (BZ)¹¹⁵ que se desarrolló entre enero de 2009 y junio de 2010. Este proyecto, en el que han participado 9 unidades de cuidados intensivos y reanimación de Osakidetza, ha conseguido reducir de forma significativa las bacteriemias relacionadas con catéter¹¹⁶.

Las NAV son una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en las UCI y se asocian a una elevada mortalidad¹¹⁷. Dados los buenos resultados obtenidos con el proyecto Bacteriemia Zero, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) encargó a la SEMICYUC en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) la revisión de la evidencia de las recomendaciones existentes en prevención de NAV y la elaboración de una propuesta de intervención con un paquete de medidas basadas en la evidencia. El proyecto Neumonía Zero (NZ) se desarrolló entre abril del 2011 y diciembre de 2012¹¹⁸. En ese proyecto participaron también 9 unidades de Osakidetza. Los resultados del proyecto fueron muy positivos consiguiendo una importante reducción de las tasas de NAV, por debajo de los objetivos establecidos.

En el desarrollo de estos proyectos ha sido fundamental el esfuerzo y compromiso de los profesionales de las UCI. En estos últimos años los esfuerzos han ido dirigidos a consolidar las buenas prácticas implantadas en Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, a través, entre otros, de una formación continuada de los profesionales de las UCI, y a afianzar la cultura de seguridad en las UCI. Actualmente los profesionales siguen trabajando activamente con el reto de mantener esta disminución en las tasas de infección.

Resistencia Zero

La lucha contra las resistencias es una prioridad tanto a nivel internacional, como estatal y autonómico. Como hemos comentado los pacientes ingresados en las UCI tienen una mayor vulnerabilidad para adquirir una IRAS y mayor susceptibilidad a ser infectados o colonizados por microorganismos multirresistentes.



Con el antecedente de los buenos resultados obtenidos por los proyectos BZ y NZ, el MSSSI ha promovido y desarrollado en colaboración con las Comunidades Autónomas el proyecto Resistencia Zero, con el liderazgo técnico de la SEMYCIUC y de la SEEIUC, y que se ha desarrollado entre abril de 2014 y junio de 2016. El objetivo principal de este proyecto ha sido reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más Bacterias Multirresistentes (BMR) de origen nosocomial en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) españolas¹¹⁹. Los resultados del mismo se presentaron en el MSSSI a finales de 2016.

Ha sido un proyecto complejo, que ha precisado la adaptación del mismo a cada hospital. En él ha participado un equipo de trabajo multidisciplinar. El proyecto incluía una intervención estandarizada STOP BMR con 10 recomendaciones y un Plan de Seguridad Integral. En Osakidetza, la incorporación al proyecto se hizo de forma progresiva y en el mismo han participado 10 unidades de cuidados intensivos y reanimación. A primeros de 2017 tuvo lugar una reunión con los responsables del proyecto de todas las unidades participantes en las que presentaron los resultados del mismo.

■ OBJETIVOS

1. Promover el desarrollo de estrategias dirigidas a la prevención y control de las IRAS.
2. Potenciar los sistemas de vigilancia epidemiológica como base de los programas de prevención y control de las IRAS.
3. Disponer de un Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN) actualizado en todas las organizaciones de servicios, que recoja el conjunto de actividades dirigidas a minimizar el impacto que las IRAS pueden suponer en la seguridad de los pacientes.

■ ACCIONES

PLAN INOZ

- Completar la actualización del “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” y de la “Guía para la gestión del proceso de esterilización”.
- Favorecer el desarrollo de sesiones monográficas relacionadas con la vigilancia, prevención y control de las IRAS.

Sistema de Vigilancia INOZ

- Revisar anualmente, en el grupo de trabajo INOZ, los procedimientos quirúrgicos en los que se realiza la vigilancia epidemiológica de la incidencia de infección de localización quirúrgica. Establecer los estándares de incidencia de infección de localización quirúrgica.
- Valorar la realización de estudios de incidencia de IRAS de interés específicos (asociados a dispositivos, o en determinados servicios...)
- Desarrollar, con el apoyo de la Subdirección de Informática, una nueva aplicación informática de vigilancia epidemiológica de IRAS acorde al desarrollo evolutivo de las tecnologías.
- Participar, de forma coordinada con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud, en las actividades impulsadas desde el MSSSI, de cara a la implantación de un Sistema Nacional de Vigilancia de IRAS.



Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN)

- Revisar la actual herramienta de evaluación del PVPCIN.
- Planificar para el primer semestre de 2018 la evaluación de los PVPCIN, que constará de dos fases:
 - Una primera autoevaluación por parte de los centros, en la que se les enviará la herramienta y el manual de autoevaluación.
 - Una segunda fase de evaluación en la que, tras la revisión de la información remitida por los centros en la autoevaluación, se planificarán visitas por las diferentes Organizaciones para revisar aquellos aspectos que se consideren oportunos.
- Analizar y difundir los resultados de la evaluación de los PVPCIN a las Organizaciones de Servicios. En base a los resultados, consensuar con el Grupo de Trabajo INOZ nuevas líneas de trabajo dirigidas a la prevención y el control de las IRAS.

Higiene de Manos

- Impulsar acciones dirigidas a fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos en todas las Organizaciones de Servicios:
 - Potenciar la labor de los Referentes de Higiene de Manos en las Organizaciones de Servicios.
 - Elaboración de materiales para su distribución entre los profesionales
 - Actualizar el curso on line de higiene de manos, que será puesto a disposición de todos los profesionales en la plataforma de formación Jakinsarea.
 - Fomentar la participación en la Jornada Mundial de la Higiene de manos del 5 de Mayo.
- Determinar los criterios mínimos que deben considerarse para realizar una adecuada Observación en Higiene de Manos. Potenciar el desarrollo de una adecuada observación en higiene de manos.
- Coordinar la recogida de indicadores del Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a catéter urinario

- Finalizar el documento “Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario”, pendiente de consenso y aprobación.
- Difundir el documento a las organizaciones de servicios para su despliegue, implantación y seguimiento de resultados.
- Determinar y desarrollar las necesidades de material divulgativo / formativo para profesionales y usuarios.

Infección Quirúrgica Zero

Se ha consensuado con el grupo de trabajo INOZ, la participación en el proyecto IQZ dado que es un proyecto de intervención dirigido a implantar medidas preventivas dirigidas a disminuir la infección de localización quirúrgica.

- Presentar a las Direcciones de las Organizaciones el proyecto IQZ.



- Implantar un paquete de medidas preventivas de conocida efectividad en la reducción de las infecciones de localización quirúrgica, en los procedimientos seleccionados. Se propone iniciar el proyecto con la Cirugía colorrectal y con la aplicación del paquete de 5 medidas, en función de las posibilidades de cada Organización. Hay tres medidas obligatorias (profilaxis antibiótica, utilización de clorhexidina alcohólica para la antisepsia del campo quirúrgico y una adecuada eliminación del vello) y dos optativas (normotermia y normoglucemia perioperatorias).
- Con respecto a los datos del proyecto, la información relativa a la vigilancia de la infección de localización quirúrgica se recogerá en nuestra aplicación INOZ. Se ha solicitado una adaptación de la aplicación del proyecto IQZ para recoger las variables de proceso relativas a la intervención preventiva.

Programas de Optimización de Uso de Antibióticos (PROA)

- Generalizar, con un enfoque corporativo, la implantación de los PROA en las Organizaciones de Servicios.
- Establecer a nivel corporativo los criterios mínimos que deben incorporar los PROA.
- Valorar la idoneidad y factibilidad de utilización de la aplicación informática WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) para dar soporte a los PROA en nuestras Organizaciones. Estamos participando, junto con otras Comunidades Autónomas, en la valoración de la aplicación facilitada por la AEMPS para dar soporte a los PROA.

PREVENCIÓN DE LAS IRAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Realizar el seguimiento de los proyectos Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero e insistir en la importancia del mantenimiento de las medidas implantadas.

EVALUACIÓN

Tabla 9. Indicadores de la línea de acción “Prevención y control de las IRAS”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Incidencia de infección de la herida quirúrgica profunda y de órgano, en cirugía electiva colorrectal con seguimiento a 30 días	≤20%*
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera con seguimiento a 90 días	≤5%*
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla con seguimiento a 90 días	≤5%*
Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis estando indicada	<5%*
Estudios de incidencia de IN en área médica y acciones mejora	Estudio y presentación de un plan de mejora



Actualización del PVPCIN	
Existencia de un plan de detección de infecciones por microorganismos multirresistentes en unidades asistenciales.	
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios	60% (2018) 70% (2019) 80% (2020)
% Camas de UCI con Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención	100%
% Camas con PBA en el punto de atención	100%
Consumo de PBA en hospitalización	
Consumo de PBA en AP	
Observación higiene de manos (Nº de acciones de higiene de manos x 100/ nº oportunidades vigiladas)	
Observación uso de PBA (Nº de ocasiones en que se usa PBA x 100/ nº oportunidades vigiladas)	
Existencia de un Plan definido en el que se recogen las intervenciones a llevar a cabo para la reducción de la infección del tracto urinario asociado a cateterización urinaria	100% (2018)
Reducción porcentual en la Prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) con respecto al año anterior (EPINE)	≥25%
Porcentaje de cumplimentación de retirada de sonda ajustándose a protocolo en las organizaciones con cirugías menores y cesáreas	70% (2018) 85% (2019) 100% (2020)
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica	>95%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica	>90%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la eliminación del vello	>80%
Desarrollo de PROA en las OSI y Hospitales de media larga estancia	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Tasa media de bacteriemia primaria y asociada a catéter venoso central en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos	Hosp < 500 camas: < 2,5* Hosp ≥ 500 camas: < 4*
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos	Hosp < 500 camas: < 4* Hosp ≥ 500 camas: < 7*

*Revisión anual



L9. CIRUGÍA SEGURA

FUNDAMENTO

La cirugía, siendo uno de los pilares básicos del tratamiento médico, es uno de los campos que mayor repercusión tiene sobre la Seguridad del Paciente. Las intervenciones quirúrgicas son procedimientos complejos en los que intervienen múltiples factores, por lo que existe una cierta probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad que pueden contribuir a aumentar la morbi-mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía.

Se estima que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una intervención quirúrgica por cada 25 personas. En el Sistema Nacional de Salud se practican 3,5 millones de intervenciones quirúrgicas anuales¹²⁰ con una incidencia de eventos adversos relacionados con cirugía en torno al 10,5% (8,1-12,5%), de los cuales el 36,5% serían evitables¹²¹.

Según el Estudio Nacional de los Efectos Adversos (ENEAS), el 7,6% de los eventos adversos se relacionaron con infección de la herida quirúrgica, el 1,7% con dehiscencia de suturas y el 0,5% con adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica. El 41,3% de los eventos adversos, tuvieron lugar en servicios quirúrgicos, de los cuales el 24,2% se consideraron graves. A su vez, se registraron 2,1 eventos adversos por cada 100 días de ingreso en un servicio quirúrgico⁸⁹. Según el estudio EPINE (2016), el 21,6% de las infecciones nosocomiales registradas (adquiridas durante el ingreso) fueron de origen quirúrgico. Del total de pacientes intervenidos, el 4,5% presentaba una infección quirúrgica.

ANTECEDENTES

La OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía y en 2007 puso en marcha la “Alianza mundial para la Seguridad del Paciente: la cirugía segura salva vidas”¹⁰⁹. Mediante esta estrategia la OMS señaló como objetivo fundamental reducir la frecuencia de eventos adversos vinculados a la cirugía, creando un decálogo para la cirugía segura, compuesto por los siguientes puntos:

1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. El equipo utilizará métodos adecuados para la prevención de los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
3. El equipo se encontrará preparado para afrontar una eventual pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea.
4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.



7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información fundamental sobre el paciente para que la intervención se desarrolle de forma segura.
10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Para cumplir con estos objetivos, se idearon una serie de estrategias de seguridad que podrían utilizarse para mejorar la atención quirúrgica del paciente. Entre ellas destaca la creación del Listado de Verificación de la Seguridad Quirúrgica (LVSQ). El LVSQ se elaboró además para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente

Las directrices de la OMS para la seguridad de la cirugía (1ª edición) aportan pruebas científicas sobre los elementos fundamentales para una atención quirúrgica segura que constituyen la base del LVSQ. El Listado de Verificación de la Seguridad Quirúrgica es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que aportan al paciente beneficios demostrados, como una disminución de las tasas de eventos adversos del 11 al 7% y una reducción en la mortalidad de 1,5 a 0,8%, además de mejorar el trabajo en equipo y la comunicación^{122,123}.

Alineándose con esta estrategia, Osakidetza incluyó dentro de su programa corporativo de Seguridad del Paciente la implantación del Listado de Verificación de Seguridad. En septiembre de 2012 se incluyó dentro de Osabide Global un LVSQ (tronco común) basado en las recomendaciones de la OMS y previamente consensuado con las distintas organizaciones de servicios, estando así disponible para todos los profesionales que intervienen en el proceso quirúrgico y para todas las organizaciones de servicios que prestan servicio de cirugía mayor.

En el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 de Osakidetza se ha constituido un grupo de referencia de “Cirugía Segura” como apoyo a esta línea, conformado por profesionales de nuestras organizaciones de servicios expertos en el tema, con los que se ha elaborado un documento corporativo para estimular la adherencia al LVSQ con recomendaciones concretas. También se ha adaptado el LVSQ a los distintos tipos de cirugía concluyendo con el consenso de los profesionales en un listado para cirugía mayor, otro para cirugía menor y un tercero para catarata, por lo específico de la intervención, y se ha elaborado un manual de aplicación del LVSQ.

■ OBJETIVOS

Se plantean los siguientes objetivos:

1. Potenciar la correcta utilización del LVSQ en todas las organizaciones de servicios que incluyan actividad quirúrgica.
2. Impulsar la evaluación y el seguimiento de la utilización del LVSQ en las organizaciones de servicios.
3. Promover el marcado del sitio quirúrgico.
4. Reforzar la seguridad en el traslado del paciente desde el área quirúrgica a otras áreas fomentando la información y comunicación entre los profesionales.



■ ACCIONES

Mediante la inclusión en la historia clínica electrónica del paciente (Osabide Global), de los LVSQ adaptados a los distintos tipos de cirugía, se anima a los profesionales sanitarios involucrados para que procedan a su cumplimentación. Además, se ha diseñado un sistema específico de explotación de los datos a través del sistema informático OBI, que va a permitir efectuar un seguimiento del cumplimiento, tanto a nivel corporativo como de cada organización de servicios.

En el momento actual, el principal reto es potenciar la utilización del LVSQ en todas las organizaciones de servicios y comprobar que se está utilizando de forma correcta y efectiva en las diferentes dimensiones del mismo, priorizando las siguientes acciones:

- Promover la cultura de seguridad en el ámbito quirúrgico a través de la formación.
- Proponer la realización de sesiones de sensibilización en los servicios quirúrgicos sobre la necesaria y adecuada utilización del LVSQ.
- Impulsar la realización de autoevaluaciones en los servicios quirúrgicos que les permitan hacer un seguimiento y evaluación de los resultados, con la consiguiente retroalimentación a los profesionales implicados.

Además, para estimular la adherencia al LVSQ, se están utilizando métodos de carácter estratégico dirigidos a las organizaciones de servicios, vinculando el LVSQ a los objetivos del contrato programa.

Para promover el marcado del sitio quirúrgico se implantarán medidas que ayuden a las organizaciones de servicios a reducir el riesgo de error en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, tales como adaptar los protocolos propuestos por la Joint Commission u otras organizaciones.

Para reforzar la seguridad en el traslado del paciente desde el área quirúrgica a otras áreas se trabajará en fortalecer la información y comunicación en la transferencia de pacientes desarrollando un protocolo corporativo de trazabilidad del paciente.

■ EVALUACIÓN

Tabla 10. Indicadores de la línea de acción “Cirugía Segura”

INDICADOR	
INDICADORES GLOBALES	ESTÁNDAR
Porcentaje global de pacientes intervenidos de cirugía programada y urgente a los que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)	>85%
Protocolo de prácticas quirúrgicas seguras –Marcado del sitio quirúrgico–	Realizado
Protocolo de trazabilidad del paciente	Realizado



INDICADORES DE LA ORGANIZACIÓN

Servicios-unidades con listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) implantado (%)	100%
Pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	>90%
Pacientes intervenidos de cirugía urgente que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	>80%
Servicios quirúrgicos que han realizado autoevaluación sobre la utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	100%
Servicios quirúrgicos que han realizado sesiones de sensibilización sobre la adecuada utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	100%
Hospitales con actividad quirúrgica que tienen implantado el protocolo de prácticas quirúrgicas seguras (%)	100%
Hospitales con actividad quirúrgica que tienen implantado el protocolo de trazabilidad del paciente (%)	100%



L10. SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO

FUNDAMENTO

Mejorar la cultura de seguridad relacionada con la atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, continúa siendo una línea importante para su desarrollo en este nuevo periodo estratégico teniendo en cuenta que los eventos adversos en los servicios de obstetricia son una causa frecuente de ingresos, además de los efectos que pueden tener sobre la madre y el hijo y los problemas legales asociados a la práctica clínica que pueden conllevar.

El desarrollo de la cultura de seguridad, aprendizaje y aplicación de las buenas prácticas nos está permitiendo a las organizaciones y a los profesionales de los diferentes ámbitos de Atención Materno-Infantil, seguir detectando las acciones a desarrollar e implantar para minimizar acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria de la madre y el recién nacido.

En este sentido, se continuará promoviendo la creación de equipos multidisciplinares con la participación de los profesionales con conocimiento y experiencia de los servicios de Atención Materno-Infantil de todas las organizaciones de Osakidetza para la elaboración de los protocolos, procedimientos y anexos, con sus objetivos específicos, líneas de acción definidas e indicadores de medición.

En 2015 la tasa de incidencia de EA a nivel europeo, relacionada con los cuidados obstétricos fue del 3,6%¹²⁴. En la clasificación de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales, se constata que el parto es el procedimiento que genera el 9,1% de los ingresos hospitalarios a nivel estatal¹²⁵ y en Osakidetza el 9,4% aproximadamente. La tasa de cesáreas en los hospitales de Osakidetza se mantuvo en rangos del 12,9-13,5% al año en los años 2014-2015. En números absolutos significa que algo más de 2.000 mujeres, después de un parto-cesárea, precisan de la prevención de infección del sitio quirúrgico o cuidados para minimizar la infección de la herida quirúrgica.

Teniendo en cuenta esta información, se han priorizado para su desarrollo los objetivos y las acciones previstas a lo largo de esta estrategia para la minimización de los eventos adversos e incidencias en los servicios de obstetricia. Se propone para ello el desarrollo de las buenas prácticas necesarias, el análisis y gestión del riesgo de forma reactiva o proactiva, detectando las oportunidades de mejora, la realización de acciones correctoras y en consecuencia, la disminución de eventos adversos posteriores de forma efectiva y sostenible.

Se establece como premisa a respetar, el mantener e impulsar la fisiología del proceso de atención al embarazo, parto, puerperio y recién nacido, para que sea la base de los mismos, aceptando prescindir de las intervenciones innecesarias a la madre y al recién nacido, con el fin de evitar las complicaciones generadas por la iatrogenia.

A nivel internacional, se considera que la transmisión de la información clínica sobre los pacientes es un proceso de alto riesgo en el que interviene como elemento clave la comunicación. Los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos centinela¹⁸.

Durante la atención al embarazo, parto y puerperio se debe garantizar que la información transmitida entre profesionales de los ámbitos hospitalarios y de Atención Primaria sobre la situación clínica de la madre y del recién nacido sea precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta.



La estandarización de la comunicación durante esta transición asistencial minimiza la variabilidad de los mensajes y favorece la eficacia de la comunicación, contribuyendo a que todos los profesionales implicados en la transferencia tomen conciencia del conjunto de la situación y se reduzcan los errores¹⁸.

■ ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 de Osakidetza se definió la Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio como uno de los ámbitos asistenciales en los que la Seguridad del Paciente adquiere gran relevancia, implicando la protección de la seguridad tanto de la mujer embarazada como la del neonato. Esta línea de acción se centró en un principio en el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías que permitiesen generar barreras en la cadena de generación de incidentes y eventos adversos con repercusión sobre la salud materna y neonatal, pero en 2014 se llevó a cabo un cambio en el enfoque priorizando:

- la disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la sistematización y protocolización de procedimientos
- la colaboración en el desarrollo del objetivo estratégico para la implantación de Osabide Global en Atención Primaria, en el que se incluye el desarrollo informático de la historia clínica de la mujer gestante, parto, puerperio y atención al recién nacido

La metodología que se ha aplicado para el desarrollo de esta línea de seguridad y la consecución de los objetivos ha sido:

- Garantizar la participación de todas las Organizaciones de los Servicios de Atención Materno-Infantil de Osakidetza.
- Conformar equipos de mejora con profesionales expertos con conocimientos y experiencia de las áreas de Atención Materno-Infantil, con el fin de abordar el desarrollo para el análisis detallado de los incidentes de forma reactiva y/o proactiva, detectando las oportunidades de mejora, realizando acciones correctoras y en consecuencia, disminuyendo los incidentes posteriores.
- Canalizar las aportaciones de los profesionales sanitarios estableciendo sinergias para la mejora de los sistemas de información.

Fruto de esta metodología y del esfuerzo realizado por los diferentes equipos de mejora son los siguientes logros:

- La definición e implantación del protocolo de Seguridad clínica del bebé en los ámbitos de Atención Materno-Infantil: ha supuesto que entre el 88% y el 100% (en función de las organizaciones) de los cuidados se realice a pie de cama y, en los casos en los que no es posible, se garantiza siempre la presencia y acompañamiento de los padres/familia. Este protocolo ha sido reconocido como una buena práctica a nivel estatal.
- Los procedimientos de identificación de la madre y de identificación y custodia del recién nacido.
- La creación del CIC automatizado que permite disponer de historia clínica individual para el



recién nacido, siendo pioneros a nivel estatal en su implantación y desarrollo.

- Clasificación y definición de los nuevos indicadores de medición relacionados con la Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio.
- Generación de los equipos multidisciplinares e inicio de la definición de los protocolos de atención al recién nacido sano, alimentación del recién nacido y atención puerperal.
- Validación e inclusión en el protocolo Contacto Piel con Piel de la propuesta de realización en las áreas de partos, elevando la duración de 50 minutos actual, a una duración de 120 minutos desde el nacimiento.

■ OBJETIVOS

1. Incrementar la Seguridad del proceso asistencial gestación, parto, puerperio y recién nacido en un entorno de seguridad para minimizar los posibles eventos adversos impulsando y activando la fisiología del proceso gestación, parto, puerperio.
2. Desarrollar pautas de actuación ante los posibles sucesos adversos prenatales, intraparto, posnatales y sucesos centinela que pueden afectar a la madre y al bebé.
3. Garantizar y promover la comunicación entre profesionales.
4. Desarrollar estrategias para la gestión de eventos adversos graves una vez han sucedido (muerte, daño permanente, daño temporal grave) y el apoyo a las víctimas de los mismos, familia y profesionales.
5. Promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad en embarazo, parto, puerperio.

■ ACCIONES

Para el período 2017-2020 se plantean las siguientes acciones por cada uno de los objetivos propuestos:

1. Incrementar la Seguridad del proceso asistencial gestación, parto, puerperio y recién nacido en un entorno de seguridad para minimizar los posibles eventos adversos impulsando y activando la fisiología del proceso gestación, parto, puerperio:

Embarazo:

- Crear, impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial de gestación.
- Evaluación y revisión de los protocolos de atención al embarazo normal.
- Unificación de criterios asistenciales en un único protocolo de atención al embarazo normal, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante un documento común corporativo.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al embarazo normal.



- Despliegue e implantación del protocolo de atención al embarazo de alto riesgo.
- Evaluación y revisión de los protocolos difundidos.

Parto

- Crear, impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial del parto.
- Evaluación y revisión de los protocolos de atención al parto de bajo riesgo.
- Unificación de criterios asistenciales en un único protocolo de atención al parto de bajo riesgo.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al parto de bajo riesgo.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al parto de alto riesgo.
- Evaluación y revisión periódica de los protocolos difundidos.

Puerperio

- Impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial del puerperio.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al puerperio normal.
- Evaluación y revisión de los protocolos de atención al puerperio patológico.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al puerperio patológico.
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de los protocolos difundidos.

Recién Nacido

- Impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial del recién nacido.
- Unificación de criterios asistenciales en un único protocolo de atención al recién nacido sano.
- Despliegue e implantación del protocolo de atención al recién nacido sano.
- Evaluar periódicamente el cumplimiento del protocolo difundido.
- Garantizar la seguridad del circuito de procesamiento para la recogida, almacenamiento y administración de lactancia materna.

2. Establecer pautas de actuación ante los posibles sucesos adversos prenatales, intraparto, posnatales y sucesos centinela que pueden afectar a la madre y al bebé¹²⁶:

- Muerte materna
- Muerte fetal
- Rotura uterina
- Preeclampsia y eclampsia
- Hemorragia obstétrica
- Embolismo de líquido amniótico



- Sepsis
- Enfermedad tromboembólica
- Traumatismo obstétrico materno: desgarros de III-IV grado
- Infección puerperal

3. Garantizar y promover la comunicación entre profesionales:

- Formación de los profesionales en habilidades de comunicación y trabajo en equipo de cada área de Atención materno-infantil.
- Establecer procedimientos para la comunicación efectiva y a tiempo de valores de alerta y críticos de pruebas diagnósticas durante el proceso asistencial.

4. Desarrollar estrategias para la gestión de eventos adversos graves una vez han sucedido (muerte, daño permanente, daño temporal grave) y el apoyo a las víctimas de los mismos, familia y profesionales:

- Establecimiento de un sistema de gestión de riesgo en la historia clínica de la mujer y recién nacido.
- Análisis del evento adverso en la propia organización en la que ha sucedido por un equipo multidisciplinar obstétrico-pediátrico abierto en el que intervengan, si es necesario, profesionales de los diferentes servicios sanitarios (Anestesia, UCI, Medicina Preventiva...) para la gestión de riesgos tras la detección del evento adverso, investigación, respuesta e implantación si procede de las buenas prácticas en las organizaciones de Atención Materno-Infantil.
- Valoración si procede y gestión del riesgo en el equipo multidisciplinar corporativo de seguridad del proceso asistencial gestación-parto-puerperio.
- Aprendizaje compartido entre organizaciones de los eventos adversos gestionados en cada organización de Atención Materno-Infantil.
- Difusión e implantación de las pautas establecidas tras el evento adverso en todas las Organizaciones.
- Fomentar la cultura de participación de los profesionales para que continúen aplicando la notificación voluntaria de los incidentes sin daño.
- Formación de los profesionales en la cultura de seguridad de los equipos de cada área de Atención Materno-Infantil.
- Garantizar el entrenamiento efectivo del personal a las situaciones de riesgo.

5. Promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad en embarazo, parto, puerperio:

- Empoderamiento, corresponsabilidad y compromiso de los padres para fomentar el binomio bebé-progenitores y promover la adaptación en el núcleo familiar colaborando como padres del bebé.



■ **EVALUACIÓN**

Tabla 11. Indicadores de la línea de acción “Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio”

INDICADOR	ESTÁNDAR	FÓRMULA
Partos instrumentales	< 20% Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos instrumentales} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}}$
Desgarros de 3º y 4º grado	<3% Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ desgarros } 3^\circ \text{ y } 4^\circ \times 100}{\text{N}^\circ \text{ partos vaginales}}$
Partos por cesárea	<15% Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos por cesárea} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de partos}}$
Tasa de puérperas que presentan infección puerperal	<20‰ Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de puérperas con infección} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ puérperas dadas de alta}}$
Tasa de complicaciones hemorrágicas	<12‰ Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de puérperas que han requerido transfusión} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ puérperas dadas de alta}}$
Tasa de reingresos urgentes tras el parto	<5‰ Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de puérperas que reingresan por urgencias en el mismo servicio (por patología) en menos de 30 días tras el parto} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ de puérperas dadas de alta}}$
% de partos eutócicos con episiotomía	<30 % Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de puérperas con parto eutócico y episiotomía} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de partos eutócicos}}$
Tasa de mortalidad materna	<0,06‰ Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de muertes de mujeres durante el embarazo, el parto, o dentro de los 42 días después del parto} \times 1000}{\text{Recién nacidos vivos}}$
Tasa de mortalidad neonatal precoz	<7‰ Anual	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RN muertos con peso } \geq 500\text{g} \times 1000}{\text{N}^\circ \text{ de RN con peso } \geq 500\text{g}}$



L11. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

FUNDAMENTO

La seguridad clínica es el elemento angular de la calidad asistencial. Debe estar siempre presente y ser atendida en todos y cada uno de los ámbitos que conforman el sistema sanitario. Ésta es la base sobre la que trabajamos para potenciar la Seguridad de los pacientes en nuestra organización: una base que es necesaria, pero no suficiente.

Dada la complejidad creciente del sistema sanitario, se requiere que los diferentes niveles o ámbitos asistenciales se comuniquen y coordinen adecuadamente entre sí para que el resultado de la atención que recibe cada paciente sea el mejor y el más seguro posible.

Además, hay ámbitos o servicios en los que la probabilidad de que se generen incidentes de seguridad durante el proceso asistencial es mayor. Es el caso de los Servicios de Urgencias (SU) y Emergencias, junto a las Unidades de Cuidados Intensivos y Reanimación¹²⁷⁻¹²⁹. Las características intrínsecas de la atención urgente (volumen de trabajo y presión asistencial con picos de demanda difícilmente previsibles, diversidad de patologías y condiciones a abordar, necesidad de tomar decisiones difíciles con poco tiempo y sobre pacientes en situaciones complejas, etc.) junto a otros factores relacionados con la comunicación y el trabajo en equipo, el manejo de técnicas y dispositivos, las condiciones laborales y los factores organizativos, son algunas de las peculiaridades que confieren a estos servicios un mayor riesgo^{130,131}.

Por todo lo anteriormente expuesto, parece lógico pensar que si ciertos problemas tienen especificidades en su origen, las soluciones a los mismos deberían también buscarse y aplicarse teniendo en cuenta esas particularidades, motivo por el cual se incluye esta línea de trabajo en la nueva Estrategia para la Seguridad del Paciente en Osakidetza.

La incidencia de aparición de eventos adversos (EA) en los SU varía entre 1,6% y 14% según las estimaciones realizadas en diferentes estudios, que no están libres de sesgos, principalmente por dos motivos. En primer lugar porque la mayoría son estudios retrospectivos basados en la revisión de historias e informes asistenciales, hecho que da lugar al fenómeno de «punta de iceberg»: se omite todo aquello que no está registrado. Y el segundo aspecto a considerar es que casi todos los estudios se han realizado en pacientes hospitalizados previamente atendidos en urgencias, con lo que no se tiene en cuenta a la gran mayoría de pacientes que son dados de alta a su domicilio (80-90%), obviando todos los EA que aparecen fuera del ámbito hospitalario.

En nuestro entorno, los datos aportados por tres estudios realizados a nivel estatal nos han ido aproximando a la magnitud del problema:

- De los datos del **estudio ENEAS** (efectos adversos ligados a la Hospitalización)⁸⁹ realizado en 24 hospitales en 2005, Requena y Aranaz extrajeron que un 3% del total de los eventos adversos detectados durante la hospitalización se habían originado en urgencias, el 76% eran evitables (frente a un 42% de EA evitables en hospitalización) y la mayoría de ellos estaban relacionados con los cuidados (48%).
- Los datos del **estudio APEAS** (efectos adversos asociados a Atención Primaria)⁹⁰, realizado en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas en 2006, no son extrapolables a los SU pero se pueden aplicar algunas valoraciones, como el análisis de las causas de los EA: a los



problemas relacionados con la medicación (45%) le siguen los relacionados con los cuidados (26%) y los fallos de comunicación entre profesionales y/o con pacientes (25%), situaciones estas últimas que también son muy habituales en los SU.

- El **estudio EVADUR** (eventos adversos ligados a la asistencia en los Servicios de Urgencias)¹³², desarrollado en 2009 en 21 hospitales, es el único estudio prospectivo desarrollado específicamente en urgencias. Los resultados muestran que el 12% de los pacientes atendidos en urgencias sufrió algún incidente de seguridad (1,1% incidentes no llegaron al paciente, 4,8% llegaron al paciente sin causar daño y 7,2% incidentes con daño). Los factores causales más frecuentes fueron los relacionados con los cuidados del paciente (25%) y con la medicación (23%), seguidos de errores y/o retrasos en el diagnóstico (18%) y problemas de comunicación (17%). El 70% de los eventos adversos se consideraron evitables. Del total de visitas realizadas en urgencias, se detectó que un 7,5% de pacientes consultaron por algún problema relacionado con un EA previo, provocado en otro nivel asistencial o derivado de una visita anterior a un SU.

Respecto al impacto económico de los incidentes de seguridad, también en los SU se hace cada vez más necesario evaluar los costes derivados de la no seguridad^{133,134}. Sobre todo teniendo en cuenta que, a día de hoy, no disponemos de estudios que aporten datos primarios sobre los costes de los problemas de seguridad originados específicamente en las áreas de urgencias¹³⁵.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: abordar la seguridad en las áreas de Urgencias, incluyendo los servicios de Urgencias Hospitalarias (Urgencias Generales, de Pediatría y de Salud Mental) y de Atención Primaria (Puntos de Atención Continuada o PAC).

Objetivos específicos:

1. Disponer de una estrategia para mejorar la Seguridad en los SU coordinada a nivel corporativo, en base a la cual cada OSI establezca un plan de trabajo con líneas de acción, objetivos y acciones específicas a desarrollar, así como cronograma y seguimiento.
2. Disponer de un análisis de riesgos específico en los SU de cada OSI.
3. Promover y reforzar la cultura de seguridad, la notificación de incidentes de seguridad, el análisis y gestión de riesgos e incidentes (aprendizaje) y la formación e implicación de los profesionales (realizar acciones dirigidas a formar y entrenar a los profesionales en aspectos específicos identificados como prioritarios o de mayor riesgo en los SU de cada OSI).
4. Reforzar el apoyo y reconocimiento a los profesionales: liderazgo (referente de seguridad).
5. Potenciar la información a todos los profesionales del servicio, tanto de los riesgos detectados como de las acciones de mejora recomendadas y/o implantadas: retroalimentación o devolución de la información.
6. Promover el desarrollo de prácticas seguras:
 - Medidas de mejora y acciones para reducir la variabilidad en los cuidados a los pacientes atendidos en los SU (homogeneizar las prácticas: rutinas, homogeneizar criterios en términos de qué hacer y qué no hacer)



– Medidas para reducir el riesgo durante los trasposos asistenciales.

7. Abordar de forma específica los problemas de comunicación:

- Plan y líneas de acción para reducir los incidentes de seguridad derivados de los problemas de comunicación (entre profesionales, entre profesionales y pacientes y durante los trasposos asistenciales)
- Comunicación de los avances que se van realizando dentro de la Organización, en cuanto a esta línea de trabajo, al conjunto de los profesionales
- Comunicación externa para compartir lo aprendido y las buenas prácticas entre las diferentes organizaciones de Osakidetza

■ ACCIONES

Entre las acciones o aspectos clave a desarrollar para la consecución de los objetivos propuestos se encuentran:

1. Crear, liderar y mantener un grupo de trabajo específicamente dirigido a abordar esta línea de seguridad: Equipo de trabajo para la mejora de la seguridad en los SU.
2. Definir, dentro de este equipo de trabajo, la Estrategia para abordar la seguridad en las áreas de urgencias.
3. Consensuar y establecer el Plan de trabajo para desarrollar la estrategia. En este sentido puede ser de ayuda partir de lo que ya conocemos considerando, entre otras, las siguientes fuentes de información:
 - Las necesidades y prioridades expresadas por las personas que lideran y/o son responsables de las áreas de urgencias.
 - Las debilidades del sistema ya detectadas:
 - A partir del análisis de los puntos críticos de generación de fallos que se haga como punto de partida para comenzar a trabajar (mapear los riesgos, integrar la información del SNASP y de otros sistemas de registro y notificación de incidentes de seguridad, etc.)
 - O bien teniendo en cuenta el mapa de riesgos de la atención urgente elaborado y validado por el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)¹³⁶.
 - Las fortalezas o puntos fuertes con los que cuentan los SU y las organizaciones de servicios
4. Impulsar y reconocer el liderazgo de los profesionales. Valorar las ventajas de disponer de referentes de SP en las áreas de urgencias, cuya labor será de gran ayuda para:
 - Impulsar la cultura de seguridad en las áreas de urgencias
 - Promover la notificación, así como el análisis de los incidentes y gestión de los riesgos detectados
 - Hacer un seguimiento de las mejoras implantadas



- Retroalimentar al conjunto de profesionales
 - Recoger y transmitir las necesidades de formación de los profesionales que trabajan en los SU.
5. Promover la formación continuada. Dentro de la estrategia para mejorar la seguridad en las áreas de urgencias, es primordial considerar las necesidades de formación del conjunto de profesionales. Puede ser de ayuda desarrollar las actividades formativas de forma escalonada o progresiva, atendiendo a las características y necesidades de cada organización o servicio, que será quien determine qué áreas o problemas abordar de forma prioritaria.
6. Con la finalidad de homogeneizar las prácticas y reducir así los riesgos ligados a la variabilidad (inter-profesionales e inter-servicios), valorar el desarrollo de actividades dirigidas a la implantación de rutinas y/o buenas prácticas. Todo ello dirigido a favorecer que: a) el mismo profesional en diferentes lugares realice el procedimiento y los cuidados de la misma manera b) diferentes profesionales apliquen el procedimiento y los cuidados de igual manera a diferentes pacientes, y c) cada paciente reciba los cuidados de forma coordinada por diferentes profesionales y en diferentes lugares de la red asistencial.
7. Considerar el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar y potenciar la comunicación entre profesionales, entre profesionales y pacientes, así como durante los trasposos asistenciales, con objeto de reducir, en la medida de lo posible, los incidentes de seguridad asociados a los problemas de comunicación.

EVALUACIÓN

Tabla 12. Indicadores de la línea de acción “Seguridad del paciente en los servicios de Urgencias”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Finales de 2018	
% de Organizaciones que disponen de Referentes de seguridad en los SU	100%
% de SU que disponen de un Equipo de seguridad	100%
% de Organizaciones que han realizado un Análisis global de riesgos de las áreas de atención urgente, con criterios de priorización para su abordaje	100%
% de Organizaciones que disponen de un Plan de trabajo (con líneas de acción, objetivos y acciones) para la mejora de la seguridad en los SU	100%
% de Organizaciones que han divulgado/comunicado el resultado del análisis de riesgos de los SU y el Plan de trabajo para su abordaje	100%
Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI	



Finales de 2019

Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI

% de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora 50%

% de acciones de mejora implantadas 25%

% de Organizaciones que han divulgado/comunicado las medidas de mejora propuestas y/o implantadas para mejorar la seguridad en los SU 100%

Finales de 2020

Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI

% de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora 75%

% de acciones de mejora implantadas 50%

% de incidentes en los que se ha realizado seguimiento con reevaluación de la situación tras implantar las medidas de mejora 25%

% de Organizaciones que han divulgado/comunicado las acciones de mejora implantadas 100%



L12. SEGURIDAD DEL PACIENTE VINCULADA A LOS CUIDADOS

FUNDAMENTO

Estudios como el ENEAS⁸⁹, realizado en 2005 y que puso de manifiesto que el 7,6% de los eventos adversos producidos durante la hospitalización estaban asociados a los cuidados que recibían los pacientes, o el APEAS⁹⁰, realizado en 2007 y que vinculaba el 6,5% de los eventos adversos en Atención Primaria a los cuidados, han puesto el foco sobre aquellas estrategias y acciones destinadas a garantizar unos cuidados seguros. Estudios internacionales más recientes apuntan a cifras más altas (15,3%)¹³⁷, aunque señalan la dificultad a la hora de compararlas por una ausencia de estrategias y metodologías sistematizadas para la medida de los resultados de los cuidados enfermeros, el uso de indicadores aislados que proporcionan sólo una visión fragmentada del problema, y la incapacidad en ocasiones para atribuir claramente el evento sucedido al cuidado proporcionado.

Gobiernos, organismos institucionales que regulan la profesión enfermera, asociaciones estatales e internacionales, etc., coinciden en señalar que la gestión de los cuidados conlleva una responsabilidad esencial en prevenir y actuar sobre los posibles riesgos que entrañen esos cuidados. Las actividades de cuidado están siempre presentes en la atención sanitaria prestada a nuestros pacientes, por ello en la aplicación de los cuidados deben tenerse en cuenta las recomendaciones básicas para incrementar la seguridad de los mismos¹³⁸:

1. Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería para planificar los cuidados de los pacientes, interpretando la información obtenida sobre el estado del paciente y tomando decisiones clínicas en base a las necesidades identificadas.
2. Evaluar de forma continua la respuesta a los cuidados, monitorizando los cambios.
3. Comunicarse efectivamente con pacientes, familiares y otros profesionales.
4. Delegar tareas a la persona competente, en las circunstancias oportunas y supervisando su realización.
5. Seguir los protocolos y procedimientos establecidos.
6. Administrar la medicación adecuadamente.
7. Conocer el funcionamiento del equipamiento, material e instrumental y usarlos adecuadamente.

Osakidetza además ha implementado desde hace largo tiempo diferentes medidas enfocadas a disminuir la incidencia de eventos adversos concretos ligados al cuidado, como las Úlceras Por Presión (UPP) y las caídas. Para el período 2017-2020 se pretende seguir profundizando en las acciones desarrolladas en el marco de la Estrategia de Seguridad 2013-2016 de Osakidetza en lo referente a UPP y caídas.

UPP

Las UPP son uno de los eventos adversos con mayor margen de evitabilidad, manteniendo su vigencia en la definición de políticas y estrategias de Seguridad del Paciente en todos los sistemas de salud¹³⁹. A pesar de ello continúan falleciendo pacientes a causa de las complicaciones derivadas de las UPP, con el impacto que ello supone a nivel humano, social y económico.



En Osakidetza, gracias a la implantación de la estación clínica para la gestión de los cuidados de enfermería Osanaia y la explotación de los datos registrados en la misma, disponemos de información actualizada sobre la incidencia de las UPP entre nuestros pacientes hospitalizados y crónicos domiciliarios, si bien estos datos deben tomarse con precaución debido a la limitación que supone en la medición de estos eventos adversos la infradeclaración de los mismos. Así, en el año 2016 la incidencia de UPP de categoría igual o superior a II fue del 0,9% de las altas en hospitalización de agudos y del 2,4% de las estancias en hospitalización de media y larga estancia y psicogeriatría. En Atención Primaria, el 10,8% de los pacientes crónicos domiciliarios han presentado alguna UPP de categoría igual o superior a II durante 2016.

■ ANTECEDENTES

En el tercer cuatrimestre de 2014 comenzó el despliegue de la iniciativa corporativa PEU-UPP Adi! (Prezioso Eragindako Ultzerak – Úlceras Por Presión Adi!) para la mejora de la gestión de las UPP en las organizaciones de servicios de Osakidetza. Esta iniciativa, enmarcada dentro de la Línea de Acción 7 de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza para el período 2013-2016, ha tenido como objetivos la puesta en valor de las diferentes buenas prácticas desarrolladas en cada organización de servicios en torno a la gestión de las UPP, el análisis de sus posibilidades de extensión corporativa y el despliegue de aquellas prácticas susceptibles de ser aplicadas en el conjunto de Osakidetza. En ese proceso se han tenido en cuenta cuatro componentes de intervención diferenciados pero relacionados entre sí:

- Componentes organizativos: como son las políticas, protocolos y procedimientos, los procesos de evaluación, la formación y la continuidad del cuidado
- Valoración del riesgo mediante herramientas validadas
- Optimización de los cuidados
- Coordinación de los cuidados, entre ámbitos asistenciales e instituciones, favoreciendo la comunicación y el aprendizaje conjunto

El desarrollo de esta iniciativa ha dado lugar a la implantación de una batería de buenas prácticas que responden a cada uno de estos aspectos, basadas en experiencias previas llevadas a cabo en cada organización de servicios y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada ámbito asistencial (Atención Especializada, Atención Primaria, Salud Mental y Emergencias). Cuando para un aspecto concreto no se ha dispuesto de ninguna experiencia previa, se han desarrollado prácticas *ad hoc*.

La metodología de desarrollo de la iniciativa se ha basado en el consenso de todas las organizaciones de servicios, creando un grupo específico de trabajo con representación de todas las organizaciones implicadas en este tema. De ese grupo han emanado diferentes documentos de consenso y sus miembros han actuado a la vez como referentes en sus organizaciones para la implantación de las medidas acordadas en el seno de la iniciativa. Fruto del esfuerzo de ese grupo de trabajo son las siguientes medidas desarrolladas:

- el establecimiento de referentes de UPP de organización y servicios/unidades/áreas así como de Comisiones específicas en cada organización, con unas funciones definidas
- la homogeneización de la metodología de evaluación de la incidencia y prevalencia de las UPP
- la definición de un circuito homogéneo de gestión de materiales específicos para el manejo de la presión



- los contenidos y la estructura de la formación dirigida a los perfiles profesionales implicados, priorizando una propuesta de formación on-line para auxiliares de enfermería actualmente en desarrollo en colaboración con Formación.
- la redacción de una guía de recomendaciones sobre el manejo de la nutrición para la prevención y tratamiento de las UPP
- la definición de la metodología de realización de mapas de riesgos de desarrollar UPP en una organización asistencial
- el establecimiento de una sistemática de difusión del protocolo corporativo de prevención y cuidados de las UPP
- el diseño de los materiales y contenidos para la educación de pacientes y cuidadores, con la elaboración de un tríptico informativo sobre prevención como primera acción en este campo

En el propio documento marco de la iniciativa se establecía la necesidad de evaluar el grado de avance de la misma y de implantación de las medidas derivadas de ella, aportando para ello un cuadro de mando de indicadores. Ese cuadro de mando se ha revisado en base al progreso de la iniciativa y, finalmente, en enero de 2017 se ha realizado la evaluación en base al mismo. Como resultado de esa evaluación se han identificado varios puntos fuertes y unas áreas de mejora que requerirán intervenciones adicionales durante el período 2017-2020.

Señalar los siguientes puntos fuertes identificados:

- Existe un Referente o responsable de organización para la línea de acción sobre UPP en todas las organizaciones de servicios en las que se aplica la iniciativa PEU-UPP Adi!.
- En todas las organizaciones en las que se aplica la iniciativa se han establecido Referentes de área o unidad para la línea de acción sobre UPP.
- El 83% de las organizaciones de servicios disponen de un grupo específico de trabajo o equipo de mejora.
- El 82% de las organizaciones de servicios realizan anualmente estudios de incidencia y prevalencia.
- El 82% de las organizaciones disponen de un plan de evaluación del cumplimiento de la valoración del riesgo.
- El 89% de las organizaciones de servicios han desarrollado actividades formativas en relación a la prevención de las UPP.
- El 76% de las organizaciones disponen de un plan sistematizado de comunicación de resultados a los profesionales que aplican los cuidados.

■ OBJETIVOS

Para el período 2017-2020 se plantean los siguientes objetivos en relación a las UPP:

1. Efectuar el seguimiento de la implantación y del desarrollo de la iniciativa PEU-UPP Adi!
2. Promover la evaluación continuada de los datos de incidencia de UPP.



■ ACCIONES

- Garantizar la existencia en el conjunto de organizaciones de profesionales referentes que promuevan la iniciativa PEU-UPP Adi!
- Realizar un seguimiento, a partir de los sistemas de información corporativos, para verificar la mejora continua de los indicadores propuestos.

CAÍDAS

Las caídas de los pacientes hospitalizados constituyen otro evento de seguridad bastante frecuente, especialmente entre los más mayores y dependientes. Las tasas de referencia varían, pero en general casi todas se sitúan entre las 3 y 20 caídas por cada mil días de estancia hospitalaria¹⁴⁰⁻¹⁴³. Producen lesiones hasta en el 50% de las ocasiones, contribuyendo a aumentar la ansiedad del paciente, la pérdida de confianza en su movilidad y a la hora de realizar actividades, el aislamiento, el aumento de la duración de la estancia hospitalaria, el riesgo de ingreso en instituciones sociosanitarias y también el incremento del coste de la atención sanitaria¹⁴⁴.

En Osakidetza, en el año 2016 el 0,9% de los pacientes dados de alta de un hospital de agudos habían presentado una caída durante el ingreso, mientras que en la hospitalización de media y larga estancia y Redes de Salud Mental la tasa fue del 2,7‰ sobre las estancias.

A pesar de las medidas y acciones preventivas desarrolladas en el entorno asistencial, las caídas durante la hospitalización continúan representando un desafío para los sistemas sanitarios, dado que son el resultado de una compleja relación entre factores de riesgo individuales y ligados al ambiente. Las estrategias diseñadas para su disminución deben basarse en una valoración del riesgo temprana y continua, así como en la implementación de intervenciones preventivas, involucrando a todos los intervinientes en el proceso asistencial, incluyendo a los pacientes y sus familiares.

■ ANTECEDENTES

En el último cuatrimestre de 2015 comenzó el despliegue en Osakidetza de la iniciativa corporativa Ereriko Ez, enmarcada al igual que PEU-UPP Adi! dentro de la Línea de Acción 7 de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza para el período 2013-2016 y también con el objetivo de mejorar la gestión de esta línea en las organizaciones de servicios y homogeneizar las buenas prácticas relacionadas que se han ido desarrollando localmente. Sus principios y metodología de desarrollo han sido los mismos que los de PEU-UPP Adi!

En esta iniciativa, los componentes de efectividad demostrada que se tuvieron en cuenta en su desarrollo y para los que se definieron intervenciones en el marco de la misma fueron:

1. Valoración del riesgo de caída
2. Cumplimiento de las precauciones universales para la prevención de caídas y de los protocolos establecidos
3. Revisión de la medicación
4. Apoyo, asesoramiento clínico y evaluación



5. Declaración/registro de caídas
6. Formación de los profesionales
7. Educación de pacientes y cuidadores
8. Continuidad del cuidado

Para este desarrollo y despliegue se constituyó un grupo de trabajo representativo de todas las organizaciones de servicios, con el fin de asegurar que las buenas prácticas finalmente desplegadas respondiesen a las necesidades identificadas. Ese grupo de trabajo ha sido el encargado de precisar:

1. Una metodología homogénea de evaluación de:
 - cumplimiento de la valoración del riesgo de caídas
 - inclusión en el plan de cuidados del paciente de intervenciones para la prevención de caídas
 - aplicación del protocolo corporativo
 - evidencia de la solicitud y resultados de la revisión de la medicación
 - información sobre la valoración del riesgo y prevención de caídas transmitida mediante los informes de cuidados
2. La estructura y contenidos del programa formativo dirigido a los grupos profesionales implicados en el cuidado directo del paciente hospitalizado
3. El formato y contenidos de los materiales educativos dirigidos a pacientes y cuidadores, con el diseño de un díptico entregable a pacientes y acompañantes así como un vídeo para proyectarlo en las pantallas de salas de espera y circuitos cerrados de televisión

El trabajo del grupo ha sido paralelo en el tiempo al despliegue e implantación en las organizaciones de las otras medidas recogidas en la iniciativa, que no han requerido la definición en el seno del grupo.

Dado el recorrido más breve de esta iniciativa en comparación con PEU-UPP Adi! todavía no se ha abordado el proceso de evaluación recogido en su documento marco.

■ OBJETIVOS

Para el período 2017-2020 se plantean los siguientes objetivos en relación a las caídas:

1. Efectuar el seguimiento de la implantación y del desarrollo de la iniciativa Eroriko Ez.
2. Promover la evaluación continuada de los datos de incidencia de caídas.

■ ACCIONES

- Garantizar la existencia en el conjunto de organizaciones de profesionales referentes que promuevan la iniciativa Eroriko Ez.
- Realizar un seguimiento, a partir de los sistemas de información corporativos, para verificar la mejora continua de los indicadores propuestos.



EVALUACIÓN

Tabla 13. Indicadores de la línea de acción “Seguridad del paciente vinculada a los cuidados”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión	100% de organizaciones
Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas a través del programa informático Osanaia	< 2,00%
Porcentaje de pacientes con úlceras intrahospitalarias de categoría II o superior al alta (excluyendo la población diana de los servicios de Pediatría, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria) declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de agudos	< 1,5%
Tasa de úlceras por presión intrahospitalarias de categoría II o superior en base a estancias, declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de media y larga estancia y psicogeriatría	<2,5%
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia y Cirugía Mayor Ambulatoria	< 1,50%
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia y Cirugía Mayor Ambulatoria	< 1,30%
Tasa de incidencia de pacientes con úlceras por presión de origen intrahospitalario sobre las estancias, en hospitalización de media y larga estancia y psicogeriatría	< 4,00%
Porcentaje de pacientes crónicos domiciliarios que presentan úlceras por presión de categoría II o superior de origen extrahospitalario	< 8%
Porcentaje de pacientes que han sufrido caídas durante el ingreso hospitalario (excluyendo los pacientes pediátricos) declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de agudos	< 0,70%
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados sobre las estancias, declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de media y larga estancia y Redes de Salud Mental	< 2,0%
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) vinculados directamente al proceso asistencial hospitalario que han recibido formación on-line en prevención de caídas durante la hospitalización	25% (2020)



L13. BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN

FUNDAMENTO

En el proceso asistencial, los errores relacionados con la medicación se encuentran entre los más comunes asociados a eventos adversos.

Este hecho ha sido constatado en diversos estudios epidemiológicos desarrollados a nivel estatal. A destacar los hallazgos encontrados en el estudio ENEAS⁸⁹ en el que el 37,4% de los eventos adversos detectados en pacientes ingresados están relacionados con la medicación. El estudio APEAS⁹⁰ muestra que los errores de medicación representan el 47,8% de los eventos adversos detectados en pacientes atendidos en Atención Primaria. En este contexto se justifica la necesidad de emprender acciones dirigidas a mejorar la Seguridad del Paciente.

Aunque prácticamente cualquier medicamento tiene el potencial de causar efectos indeseables, hay algunos que son más proclives a causar daños graves o incluso mortales cuando se utilizan incorrectamente¹⁴⁵. A éstos se les conoce como “medicamentos de alto riesgo”.

Un estudio realizado por el Institute For Safe Medication Practices (ISMP) muestra que la mayoría de los errores por fármacos asociados a eventos adversos graves, están relacionados con la utilización de un número limitado de fármacos, por lo que se considera posible y muy conveniente centrar en ellos las intervenciones de mejora¹⁴⁶. En base a lo cual, el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales, que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente y ha sido adaptada por el ISMP-España a los medicamentos disponibles en nuestro país¹⁴⁷.

Por las graves consecuencias que pueden producir en los pacientes, los “medicamentos de alto riesgo” deben de ser objeto prioritario de las estrategias de mejora de la Seguridad del Paciente. Las instituciones sanitarias deben identificar estos medicamentos y establecer intervenciones de mejora para su manejo seguro en todos los procesos asistenciales¹⁴⁸.

ANTECEDENTES

La utilización incorrecta de los medicamentos de alto riesgo constituye un potencial problema de seguridad para el paciente, cuya trascendencia ha llevado a Osakidetza a prestar especial atención a estos medicamentos desde hace años.

Continuando con esta línea, se incluyó en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 una línea de acción corporativa, en la que se abordan cuatro grupos de medicamentos de la lista del ISMP en base a su potencial gravedad y a su frecuencia de utilización: Anticoagulantes orales, Insulinas, Potasio intravenoso y Citostáticos.

El objetivo era definir buenas prácticas en todas y cada una de las etapas del proceso de utilización de los mismos y difundir las mismas a nivel corporativo, contribuyendo así a promover el mayor nivel de seguridad en el uso de estos medicamentos en las organizaciones sanitarias de Osakidetza.

Con las diferentes acciones desarrolladas en esta línea a lo largo de la estrategia se han alcanzado los siguientes resultados:



1. Anticoagulantes orales:

- Se ha elaborado un documento corporativo de “Recomendaciones de buenas prácticas en Anticoagulación oral”, que está pendiente de difusión.
- Para facilitar información a los pacientes en tratamiento con anticoagulantes orales, y como apoyo a la información facilitada por los profesionales, se está trabajando en el desarrollo de:
 - Una “Guía de información al paciente con tratamiento anticoagulante oral”.
 - Un tríptico de “Recomendaciones al paciente con tratamiento anticoagulante oral”.

2. Insulinas:

- Se han elaborado los siguientes documentos corporativos, que están pendientes de difusión:
 - “Recomendaciones de buenas prácticas en la utilización de Insulinas”
 - Poster relativo al “Manejo de la hipoglucemia en adultos”
 - Poster relativo al “Manejo de la hipoglucemia en pediatría”
 - Tabla de clasificación y presentación de las insulinas.

3. Potasio intravenoso:

- Se ha elaborado un documento corporativo de “Recomendaciones de buenas prácticas en el uso de Potasio intravenoso”, que está pendiente de difusión.

4. Citostáticos:

Se han revisado las fases del proceso de utilización de estos medicamentos y en cada una de ellas se han definido las pautas para su correcto manejo. No se ha avanzado todavía en el desarrollo de un documento que refleje las mismas ya que, en base a la difusión realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (IHSHT) del documento técnico “Medicamentos peligrosos, Medidas para su preparación y administración”, el Servicio corporativo de Prevención, ha impulsado una línea de trabajo sobre este tema. Y por ello habrá que desarrollar, en consonancia con este grupo de trabajo, la estrategia de seguridad de estos medicamentos.

■ OBJETIVO

Incrementar la seguridad asociada a la utilización de los medicamentos identificados como de mayor riesgo.

■ ACCIONES

Para abordar este objetivo se planifican las siguientes acciones.

1. Potenciar la Implementación de “buenas prácticas”:

- En la utilización de Anticoagulantes orales:
 - Finalizar los siguientes documentos en desarrollo:
 - “Guía de información al paciente con tratamiento anticoagulante oral”
 - Tríptico de “Recomendaciones al paciente con tratamiento anticoagulante oral”
 - Difundir a nivel corporativo los documentos mencionados en el punto anterior así como el documento de “Recomendaciones de buenas prácticas en Anticoagulación oral” elaborado.



- En la utilización de Insulinas:
 - Difundir a nivel corporativo los cuatro documentos elaborados:
 - “Recomendaciones de buenas prácticas en la utilización de Insulinas”
 - Poster relativo al “Manejo de la hipoglucemia en adultos”
 - Poster relativo al “Manejo de la hipoglucemia en pediatría”
 - Tabla de clasificación y presentación de las insulinas
 - En la utilización de Potasio intravenoso
 - Difundir a nivel corporativo el documento “Recomendaciones de buenas prácticas en el uso de Potasio intravenoso”.
2. Desarrollo de “buenas prácticas” en relación con la utilización de Citostáticos:
- Avanzar en sintonía con el trabajo que se está realizando en base al documento técnico “Medicamentos peligrosos, Medidas para su preparación y administración”.
 - Elaborar y difundir un documento con recomendaciones de buenas prácticas en la utilización de citostáticos.
3. Con el fin de desarrollar estrategias de mejora en otros grupos terapéuticos o medicamentos específicos considerados de alto riesgo se plantean las siguientes acciones:
- Potenciar en las organizaciones de servicio la autoevaluación sobre la seguridad en la utilización de grupos terapéuticos o medicamentos de alto riesgo con herramientas validadas (ISMP).
 - Identificar oportunidades de mejora.
 - Consensuar con las organizaciones de servicios aquellos grupos terapéuticos o medicamentos específicos que se consideren susceptibles de intervención, en base a la frecuencia y gravedad de los eventos adversos producidos y a la evidencia científica disponible.

■ EVALUACIÓN

Tabla 14. Indicadores de la línea de acción “Buenas prácticas asociadas a la administración de medicamentos”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores de medición anual	
Proporción de organizaciones que han implementado las buenas prácticas con respecto a la administración de medicamentos de alto riesgo, anticoagulantes, insulinas, potasio intravenoso y citostáticos (en función de su tipo de actividad asistencial)	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Proporción de Organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos con herramientas validadas	100% (2019)



L14. BUENAS PRÁCTICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN

FUNDAMENTO

El estado nutricional influye en la evolución clínica de las enfermedades y en la calidad de vida de las personas que las padecen. Cuando el estado nutricional es deficiente se alarga el tiempo de estancia hospitalaria, aumenta la tasa de reingresos, hay mayor susceptibilidad para contraer infecciones, la cicatrización es más lenta y aumenta el riesgo de complicaciones, caídas y úlceras por presión. Por todo ello, la desnutrición conlleva un aumento de la morbilidad así como de los costes de la asistencia¹⁴⁹⁻¹⁵¹.

En pacientes hospitalizados la desnutrición es el resultado de una compleja interacción entre la propia enfermedad (disminución del apetito, dificultades para la ingesta, digestión y/o absorción de alimentos, aumento de los requerimientos nutricionales, etc.), los procesos de diagnóstico y tratamiento (necesidad de ayuno para realización de determinadas pruebas o por estar en periodo posoperatorio, reposo digestivo como medida terapéutica en determinadas patologías, etc.) y las características intrínsecas al ámbito hospitalario (dificultades para atender a las necesidades nutricionales específicas de cada paciente, protocolos de alimentación y nutrición poco flexibles, falta de sensibilización de los profesionales sanitarios, etc.).

Actualmente la desnutrición en pacientes hospitalizados continúa siendo un problema sanitario cuya prevalencia oscila, según los estudios, desde el 30 hasta el 50%¹⁵¹. Para su abordaje se recomienda diseñar e implantar estrategias dirigidas a evitar el ayuno durante la hospitalización, identificar precozmente a pacientes en riesgo de desnutrición, reevaluar periódicamente dicho riesgo, e instaurar medidas de prevención y de tratamiento¹⁵².

Con el objetivo de sistematizar el cribado nutricional e identificar precozmente a los pacientes en riesgo de desnutrición durante el ingreso, se incluye de manera específica esta línea de trabajo en la nueva estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

En la estrategia sanitaria de la Unión Europea “Together for health: a Strategic Approach for the UE 2008-2013”¹⁵³ se incluyen las acciones apropiadas para prevenir la desnutrición hospitalaria, como continuación de las recomendaciones propuestas por el Comité de Ministros del Consejo de Europa¹⁵⁴, que ya en 2003 puso de manifiesto la importancia del problema. Además, entre las diversas experiencias que existen a nivel internacional destaca, por su particularidad práctica y asistencial, el trabajo “Nutrition Support for Adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition”, realizado en 2006 por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)¹⁵⁵.

A nivel estatal el estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España), desarrollado en 2009 en 31 hospitales representativos del territorio estatal¹⁵⁶, ha aportado interesantes datos, como son que: a) el 9,6% de pacientes normo-nutridos al ingreso desarrollaron desnutrición durante la estancia en el hospital, b) el 23% del total de pacientes ingresados se encontraban en riesgo de desnutrición y c) el 72% de pacientes que ingresaron con riesgo de



desnutrición presentaron desnutrición al alta. También en nuestro entorno cabe destacar el informe “Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España”¹⁵², resultado del trabajo realizado en 2011 por miembros de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y representantes de otras sociedades científicas, a partir del documento de la NICE anteriormente mencionado.

En Osakidetza, algunas organizaciones de servicios han desarrollado en los últimos años acciones o proyectos para el abordaje de la desnutrición durante la hospitalización, como por ejemplo el Hospital de Gorliz, que desde hace años incluye la nutrición de los pacientes hospitalizados como un subproceso englobado en el proceso estratégico de Seguridad del Paciente de su sistema de gestión. Otra acción a tener en cuenta es la difusión de una guía de recomendaciones para el manejo de la nutrición en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión o que ya las padecen, elaborada por el grupo PEU-UPP Adi!¹⁵⁷ y que establece una serie de acciones a desarrollar en función del estado nutricional valorado mediante la escala de Braden. Además, concienciados con el problema que supone la desnutrición hospitalaria, los profesionales de las diferentes Organizaciones Sanitarias Integradas han remarcado la necesidad de un abordaje corporativo del mismo.

■ OBJETIVOS

Objetivo general: evitar la desnutrición en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición.

Objetivos específicos:

1. Desarrollar un programa corporativo para la detección precoz de la desnutrición o el riesgo de padecerla de los pacientes hospitalizados en la red de Osakidetza.
2. Implantar las intervenciones necesarias para prevenirla o tratarla.

■ ACCIONES

Para la consecución de estos objetivos el punto de partida será la creación de un equipo multidisciplinar conformado por líderes clínicos y expertos en la materia. En este equipo de trabajo se determinarán y consensuarán las acciones a desarrollar, pudiendo tomar como referencia las experiencias existentes en algunas organizaciones de servicios de Osakidetza.

Algunas de las acciones o aspectos clave a desarrollar para la consecución de los objetivos propuestos serán:

- Establecer un procedimiento de cribado nutricional precoz al ingreso, que permita distinguir entre tres situaciones distintas: paciente normo-nutrido, paciente en riesgo de desnutrición y paciente desnutrido.
- Sistematizar el registro de los datos del cribado nutricional en la historia clínica del paciente, favoreciendo la trazabilidad de esa información y permitiendo así realizar un control y seguimiento durante toda la estancia hospitalaria.
- Establecer un procedimiento de actuación en base a los resultados del cribado, que defina las intervenciones terapéuticas y de seguimiento a llevar a cabo, tanto en los pacientes desnutridos como en los pacientes en riesgo de desnutrición.



- Procedimentar la transferencia de la información del estado nutricional del paciente al alta con recomendaciones, si procede, sobre los cuidados necesarios para la prevención y/o el tratamiento de la desnutrición tras el alta
- Sensibilizar al conjunto de los profesionales sobre la magnitud y el impacto del problema y sobre la necesidad de detección y abordaje precoz.
- Formar a los profesionales implicados en la valoración del estado nutricional del paciente, para la realización del cribado y la aplicación de las intervenciones que se determinen en cada caso.

■ EVALUACIÓN

Tabla 15. Indicadores de la línea de acción “Buenas prácticas en los pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes ingresados a los que se les ha realizado cribado del estado nutricional	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Porcentaje de pacientes normo-nutridos al ingreso que al alta presentan riesgo de desnutrición o desnutrición	≤ 5-10%
Porcentaje de pacientes con riesgo de desnutrición al ingreso que no presentan desnutrición al alta	≥ 90-95%
Porcentaje de informes de alta de unidades de hospitalización en los que consta el estado nutricional del paciente y las recomendaciones pertinentes	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)



L15. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA INDUCIDA

FUNDAMENTO

La incontinencia urinaria (IU) es la pérdida involuntaria de orina como consecuencia de una alteración en la capacidad de retenerla y de controlar su salida. Según las causas que la produzcan puede ser transitoria o crónica:

- **IU temporal o transitoria:** aparece durante un tiempo limitado porque sus causas son reversibles (infecciones urinarias, vaginitis atrófica, efectos secundarios de determinados medicamentos, impactación fecal, cuadros de delirio o estados de confusión agudos, trastornos ansioso-depresivos, alteraciones metabólicas -hipopotasemia, hiperglucemia e hipercalcemia, movilidad limitada, etc.)
- **IU permanente o crónica:** persiste en el tiempo porque las causas que la producen son permanentes (alteraciones anatómicas del tracto urinario, enfermedades neurológicas, como esclerosis múltiple o accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, lesión medular, etc.)

Es importante tener en cuenta que en una gran parte de los casos la IU es transitoria, por lo que ante el inicio o reagudización de una IU es preciso considerar esta posibilidad, sobre todo en pacientes frágiles. En la valoración de estos pacientes se debe incluir: anamnesis para identificar las enfermedades coexistentes y los medicamentos con probabilidades de provocar o empeorar una IU, evaluación funcional (movilidad, transferencias, destreza manual, capacidad de ir al baño con éxito), cribado de depresión, exploración rectal para descartar impactación fecal y evaluación cognitiva para planificar y adecuar el tratamiento¹⁵⁸. También es importante tener en cuenta el pronóstico general y la esperanza de vida de cada paciente.

Todo ello dirigido a prevenir la IU inducida por uso inadecuado de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU). Se han identificado casos de pacientes previamente continentes que, tras la aplicación de AIU durante un periodo de hospitalización, han desarrollado IU que se ha mantenido tras su regreso al domicilio¹⁵⁹⁻¹⁶¹.

Repercusión e impacto del problema

La IU afecta a la salud y a la calidad de vida de las personas que la padecen, porque influye negativamente en el bienestar físico, psíquico y social. Respecto a los riesgos para la salud, se ha demostrado que las personas con IU tienen más infecciones urinarias, caídas, fracturas, alteraciones del sueño, así como lesiones cutáneas de diferente gravedad¹⁶²⁻¹⁶⁴, y que la IU es el factor de riesgo de úlceras por presión con mayor peso, después de la anemia, en pacientes frágiles hospitalizados¹⁶⁵. Además, la IU reduce la autonomía personal y las relaciones sociales, repercutiendo sobre la autoestima y la dignidad de las personas. En su conjunto, todos estos factores explican por qué las personas con IU presentan una mayor morbimortalidad^{162,164}.

La prevalencia de la IU difiere considerablemente según los estudios debido a la variabilidad en cuanto a la definición del problema, las características sociodemográficas de la población estudiada y la metodología utilizada^{166,167}. En general la IU es el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres, y se estima que hasta el 69% de las mujeres y el 39% de los hombres han presentado IU al menos una vez en los últimos 12 meses¹⁵⁸.



En cuanto a la IU que aparece durante la hospitalización, aunque es un fenómeno poco estudiado, se estima una tasa entre el 10 y el 21% en adultos de edad avanzada^{159,160}.

Utilización de absorbentes de incontinencia urinaria

Los AIU están indicados en personas con incontinencia cuando no puedan usarse otros métodos o tratamientos, en base a una valoración multifactorial del paciente. Se desaconseja su uso generalizado como tratamiento rutinario de las pérdidas involuntarias de orina en pacientes frágiles^{158,162}. El tratamiento con AIU debe individualizarse teniendo en cuenta la situación basal del paciente, el diagnóstico clínico más probable, los objetivos de la asistencia, las preferencias del paciente y sus familiares, y la esperanza de vida estimada. En algunos casos es importante reconocer que la IU contenida, tratada con compresas u absorbentes, puede ser el único resultado posible para la IU que persiste después del tratamiento de las enfermedades concomitantes y los factores que causan o agravan la IU.

Existen pocos estudios que valoren la adecuación del uso de AIU. A nivel estatal destaca el realizado en 2013 por Fernandez-Lasquetty Blanc et al., con el objetivo de estimar la frecuencia y los factores asociados al uso inadecuado de AIU¹⁵⁹. Los resultados de este estudio desvelaron que el 30% de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización que llevaban pañal no tenían criterios para su uso. El grado de inadecuación se relacionó con mayor edad, género femenino, más comorbilidad y días de ingreso. El uso de pañal al ingreso se asocia con un menor riesgo de inadecuación, pero se ha visto que hasta el 15% de los pacientes con pañal al ingreso lo mantuvieron de forma inadecuada durante su estancia hospitalaria.

A nivel internacional algunos estudios recientes^{160,161,168} concluyen que: 1) el uso de pañales desechables en adultos debe limitarse a pacientes que están imposibilitados o en los que utilizar otros recursos para la eliminación urinaria ocasione más riesgos que beneficios, 2) la prescripción de este tipo de productos sanitarios debe adecuarse a la información existente en la literatura sobre buenas prácticas, para evitar las complicaciones asociadas a su uso, y 3) son necesarias más investigaciones sobre las diferentes estrategias de cuidado, para identificar las más efectivas y con mayor impacto en la calidad de la asistencia.

■ OBJETIVOS

Objetivo general:

Evitar la incontinencia urinaria inducida por uso inadecuado de AIU durante la hospitalización.

Objetivos específicos:

1. Elaborar y difundir una Guía de uso adecuado de AIU, que incluya, entre otros aspectos:
 - Valoración inicial de la situación funcional del paciente y, en su caso, de las ayudas que necesita para mantener su capacidad para contener y eliminar la orina.
 - Indicaciones claras y precisas para el uso de AIU, homogeneizando los criterios para la indicación de AIU, y priorizando el abordaje y tratamiento de las causas de IU transitoria.
 - Reevaluación periódica de los cambios en la situación del paciente durante el ingreso, comprobando su capacidad o incapacidad para contener y eliminar la orina y adecuando los cuidados si es preciso.
2. Desplegar y extender la Guía de uso adecuado de AIU, para su implantación en las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza.



3. Detectar y atender las necesidades de formación de los profesionales implicados en la valoración y cuidados del paciente con IU.

■ ACCIONES

Las acciones propuestas para comenzar a abordar el problema de la IU inducida por uso inadecuado de AIU, son las siguientes:

- Constituir un grupo de trabajo corporativo, compuesto por las diferentes categorías de profesionales que participan en la planificación y en la aplicación de los cuidados a pacientes con IU.
- Revisar los protocolos de funcionamiento interno (formales o informales) de las unidades de hospitalización, identificando los que incluyen esta práctica y valorando su adecuación a las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible.
- Definir, difundir e implantar una guía de recomendaciones para el uso adecuado de AIU, que tenga en cuenta todos los aspectos anteriormente mencionados.
- Evaluar y realizar seguimiento de las medidas de mejora que se deriven del trabajo realizado dentro de esta línea.

■ EVALUACIÓN

Tabla 16. Indicadores de la línea de acción “Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida”

INDICADOR	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes en los que se valora la situación funcional y las ayudas que precisa para orinar al ingreso	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Porcentaje de pacientes hospitalizados con pauta de uso de absorbentes de incontinencia urinaria ajustada a las recomendaciones de la guía corporativa	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
% pacientes que no usaban AIU previamente al ingreso a los que se les aplica durante la hospitalización	–
% pacientes con pañal al ingreso a los que se les retira durante la hospitalización	–
% de pacientes que siendo continentes al ingreso, no lo son al alta	–
% de pacientes que siendo incontinentes al ingreso, son continentes al alta	–



FORMACIÓN

En cualquier modelo de abordaje de la Seguridad del Paciente se incluye la formación de los implicados en el proceso asistencial como una de sus bases⁶. La formación en Seguridad del Paciente de los profesionales que conforman una organización sanitaria continúa de esta manera siendo uno de los pilares sobre los que se apoya la construcción de una cultura de seguridad que impregne todo el proceso asistencial. La formación contribuye a la mejora de esa cultura de seguridad en la medida en la que se capacita a los profesionales para comprender los conceptos básicos de seguridad, para comunicar, gestionar y aprender de los incidentes que acontecen, aplicar cuidados efectivos y adelantarse a los posibles riesgos que puedan presentarse durante los mismos. Estrategias de Seguridad del Paciente publicadas recientemente, como la del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁸, recogen entre sus objetivos específicos el fomento de la formación básica en Seguridad del Paciente de todos los profesionales sanitarios, en todos los niveles de su formación y desarrollo, así como la inclusión en el currículum mínimo de formación básica en Seguridad del Paciente de conceptos sobre prácticas clínicas seguras, comunicación, trabajo en equipo y factores de los servicios de salud que influyen en la Seguridad del Paciente. Además de estos conceptos generales, la formación en Seguridad del Paciente debe abarcar también los aspectos más específicos relacionados con cada línea de intervención concreta incluida en el abordaje estratégico de la seguridad en una organización sanitaria.

No debemos olvidar que la formación, además de ser una herramienta para la adquisición de conocimientos, es también un potencial vehículo para sensibilizar y motivar a los profesionales en aspectos determinados. Como tal, la formación en Seguridad del Paciente debería estar integrada en la formación pregrado de los futuros profesionales, con el objeto de que se incorporen al entorno asistencial con una actitud proactiva en la aplicación de las medidas básicas de seguridad, la notificación de los incidentes, el mantenimiento de una cultura de seguridad justa y de apoyo a las segundas y terceras víctimas y la prevención de nuevos incidentes.

La experiencia en formación en Seguridad del Paciente desarrollada hasta ahora nos ha demostrado la importancia de implicar a los líderes, de que esa formación sea multidisciplinar y de que esté integrada en el itinerario formativo de cada perfil profesional.

■ ANTECEDENTES

Osakidetza ha venido invirtiendo un gran esfuerzo en ofrecer una formación en Seguridad del Paciente constante, variada y dirigida al mayor número de perfiles profesionales posible, fruto de su apuesta decidida por mejorar de forma continua la calidad y seguridad de la asistencia que presta. Esos esfuerzos, tanto corporativos como de las propias organizaciones de servicios, se han traducido en estos años en numerosas actividades formativas, desarrolladas en formatos diferentes (presenciales, semi-presenciales, totalmente on-line...), que han abarcado desde los conceptos básicos en seguridad hasta aspectos específicos vinculados a procesos concretos y que han permitido establecer una base de profesionales que se han implicado en la extensión de la cultura de seguridad. La Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 ha servido para consolidar aún más esta trayectoria e incluso para abordar nuevas acciones formativas en base a las necesidades iden-



tificadas en el desarrollo de dicha Estrategia. En este marco se han desarrollado ocho ediciones de los cursos on-line sobre conceptos básicos de Seguridad del Paciente y otras ocho del curso on-line de higiene de manos en la asistencia sanitaria, tres ediciones semipresenciales de una formación sobre gestión de incidentes o dos ediciones de formación en observación en higiene de manos según metodología de la OMS, entre muchas otras. Esto ha permitido, por ejemplo, que actualmente un 40% de la plantilla estructural de Osakidetza se haya formado en las bases conceptuales de la Seguridad del Paciente.

En este proceso hay que tener en cuenta el impulso proporcionado desde el Servicio Corporativo de Formación a la definición de los itinerarios formativos de cada perfil profesional, incorporando la formación en Seguridad del Paciente básica y específica por perfil en dichos itinerarios. Si a ello añadimos el diseño e implantación de la plataforma tecnológica de formación Jakinsarea, que posibilita la formación a distancia de gran número de profesionales, la sinergia entre Formación y Seguridad del Paciente va a redundar en una adecuación al perfil profesional y en un aumento de las posibilidades formativas que contribuirán a la mejora de la seguridad en todos los ámbitos asistenciales.

■ OBJETIVOS

Entre los objetivos generales de los programas formativos relacionados con la Seguridad del Paciente estarán:

1. Dar a conocer los principios básicos de una asistencia sanitaria segura y los conceptos manejados habitualmente en Seguridad del Paciente, poniendo de manifiesto la trascendencia del asunto y su magnitud.
2. Sensibilizar en la realización de prácticas asistenciales seguras: que el principio de Seguridad del Paciente esté presente siempre en todo acto asistencial.
3. Transmitir la importancia de notificar los incidentes acontecidos, analizarlos y aprender de ellos, sin culpabilizar a las personas implicadas y dando una atención correcta a las segundas y terceras víctimas.
4. Difundir los recursos y herramientas disponibles para la mejora de la seguridad asistencial.
5. Dar respuesta a las necesidades formativas específicas identificadas en el resto de líneas de acción recogidas en esta Estrategia.

■ ACCIONES

La agrupación de las acciones formativas en las dos categorías de formación básica en Seguridad del Paciente y formación específica en base a cada línea de acción establecida en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 se mantiene plenamente vigente en ésta.

De esta manera, en cuanto a formación básica se plantean las siguientes acciones:

- Actualizar los contenidos del curso básico on-line sobre Seguridad del Paciente.
- Continuar ofreciendo dicho curso de manera abierta a través de Jakinsarea, integrado en los itinerarios formativos de todos los perfiles profesionales.
- Desarrollar acciones formativas sobre principios básicos de Seguridad del Paciente ajustadas



a entornos asistenciales específicos, como Salud Mental o Emergencias.

- Potenciar la formación en materia de Seguridad del Paciente de los profesionales residentes en formación y extender en lo posible las posibilidades de formación básica en seguridad a los alumnos pregrado en prácticas en Osakidetza.

En cuanto a la formación específica vinculada a líneas de acción concretas, se prevén al menos las siguientes acciones:

- Continuar ofreciendo el curso on-line de higiene de manos en la asistencia sanitaria, integrado en los itinerarios formativos de los perfiles profesionales asistenciales.
- Desarrollar dos nuevas ediciones del curso semi-presencial sobre gestión de incidentes.
- Responder a las necesidades formativas que se deriven de la puesta en marcha de las nuevas líneas de acción de esta Estrategia de Seguridad: curso on-line dirigido a la atención a segundas y terceras víctimas.

Mención aparte merece la realización de una Jornada de Seguridad anual, ya que da respuesta tanto al objetivo de sensibilizar y reforzar los principios básicos de la Seguridad del Paciente como al de difundir las buenas prácticas desarrolladas en las organizaciones de servicios y los recursos disponibles para la mejora de la seguridad de la asistencia prestada.



BIBLIOGRAFÍA

1. *Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020*. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Salud. Vitoria-Gasteiz, 2014. Disponible en http://www.euskadi.eus/contenidos/plan_gubernamental/xleg_plangub_13/es_plang_13/adjuntos/Plan_salud_2013_2020%20cast.pdf
2. *Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020*. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Osakidetza. Diciembre 2017. Disponible en http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf
3. *Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016*. Disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
5. Kuehn BM. *Patient Safety Still Lagging. Advocates call for national Patient Safety Monitoring Board*. JAMA. 2014;312 (9):879-880.
6. Vincent C, Amalberti R. *Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. 1ª ed. Madrid: Modus Laorandi S.L.; 2016. [consultado febrero 2017]. Disponible en https://www.seguriddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf
7. *Joint Commission Perspectives. Sentinel event statistics released for 2015*. April 2016. [consultado julio 2017]. Disponible en http://info.jcrinc.com/rs/494-MTZ-066/images/Sentinel39.pdf?ref=EMHAPWeekly&mkt_tok=eyJpIjoiWWpaa05qazBZakkyTVdNNSIsInQiOiJPdVdqZ0kzTzd1ZnM3V DdDeGhoR2t4Z3Izcm5ldzFcL3djd1hwOEVENHJxZHh5OE1WRmI5OFgxNVErZHFkS2tCMk5ySFdjMXI-taWs4WjZcL2EzU2NPZDIOME9paTNKUGN4bG90K21KeG5tcWc4PSJ9
8. *Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente*. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía (EPES) [Internet]; 2010. [consultado julio 2017]. Disponible en http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf
9. *The Joint Commission*. [Internet]. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/>
10. *Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: A new health care system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
11. *Ministerio de Sanidad y Consumo. La seguridad del paciente en siete pasos*. Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2005.
12. *Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo* [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consultado abril 2017]. Disponible en: <http://www.seguriddelpaciente.es/index.php/lang-es/formacion/tutoriales/gestion-riesgos-mejora-seguridad-paciente.html>
13. Grau J, Prat A, Bertran MJ. *Análisis de los incidentes de seguridad clínica*. JANO, Nov, 2011. [consultado abril 2017] Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/73/1v00n1776a90040860pdf001.pdf>
14. Prat A y Grau J. *La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de Eventos Adversos*. JANO, Nov, 2011. [consultado abril 2017]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/59/1v00n1776a90040858pdf001.pdf>
15. Leape LL. *Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated*. JAMA 2000;284:95-7.
16. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. *Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores*. Rev Cal Asist 2005;20(4):216-22.
17. *World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneve: World



- Health Organization, 2004. [consultado abril 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. [Internet]. [consultado febrero 2017]. Disponible en <https://www.seguridaddel-paciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
 19. *Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007. [Internet]. [consultado abril 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_pacientes.pdf
 20. Saturno PJ. *Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica*. *Rev Calid Asist* 2009;24(3):124-130.
 21. Michel P, Quenon JL, de Sarasqueta AM, Scemama O. *Comparison of three epidemiological methods for estimating adverse events and preventability rates in acute care hospitals*. *BMJ* 2004;328:199-204.
 22. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Hampshire, England: Ashgate Publishing Limited; 1997.
 23. Vincent C. *Understanding and responding to adverse events*. *N Engl J Med* 2003;348:1051-6. [consultado mayo 2017] Disponible en <http://www.hadassah.org.il/media/1902044/understandingandresponding-toadverseevents.pdf>
 24. Schwappach D, Boluarte TA. *The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organizational accountability*. *Swiss Med Wkly* 2009;139:9-15.
 25. Aranaz JM, Mira JJ, Guilabert M, Herrero JF, Vitaler J. *Grupo de trabajo "Segundas víctimas". Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas*. *Trauma Fund MAPFRE* (2013) Vol 24 nº 1: 54-60. [consultado mayo 2017]. Disponible en <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>
 26. Seys D, Scott S, Wu A et al. *Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review*. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50(5):678-687. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
 27. Aranaz JM. *Consejos y recomendaciones para reducir el impacto de los eventos adversos en segundas víctimas*. [Internet]. *Ayudas a la investigación* 2011. Fundación Mapfre. [consultado mayo 2017]. Disponible en https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/en/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1082990
 28. Wu AW. *Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too*. *BMJ* 2000;320:726-7. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>
 29. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall L. *The natural history of recovery for the healthcare provider 'second victim' after adverse patient events*. *Qual Safe Health Care* 2009;18:325-330. [consultado mayo 2017]. Disponible en <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/18/5/325.full.pdf>
 30. Denham C. *TRUST: the 5 rights of the second victim*. *J Patient Saf*. 2007;3:107-19.
 31. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Hahn-Cover K, et al. *Caring for our own: deploying a system-wide second victim rapid response team*. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2010;36:233-40. [consultado mayo 2017]. Disponible en [http://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(10\)36038-7/fulltext](http://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(10)36038-7/fulltext)
 32. Scott SD. *The second victim experience: Mitigating the harm*. *American Nurse Today*. 2015;10:8-11.
 33. *Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas*. Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas. 2015. [consultado mayo 2017]. Disponible en https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
 34. *Recomendaciones para decir "Lo siento" tras un evento adverso*. Grupo de trabajo segundas víctimas. Madrid, julio 2016. [consultado mayo 2017]. Disponible en http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf



35. Proyecto de Investigación Segundas Víctimas. [Internet]. Disponible en <http://www.segundasvictimas.es/>
36. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013; Communication and Optimal Resolution - CANDOR, 2016.
37. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos de Osakidetza. [consultado mayo 2017]. Disponible en <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Gu%c3%ada%20de%20recomendaciones%20para%20la%20gesti%c3%b3n%20de%20eventos%20adversos.pdf>
38. Guía de Recomendaciones para la Gestión de eventos Centinela y Eventos Adversos Graves. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde 2013. [consultado mayo 2017]. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/519064.pdf>
39. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. [consultado mayo 2017]. Disponible en www.IHI.org y en <http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/ihirespectfulmanagementofseriousclinicaladverseeventssep10.pdf>
40. ECRI Institute. ECRI Institute Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification. Plymouth Meeting, PA, USA. ECRI Institute PSO; 2016.
41. Cuadrado Cenxual MA, García Briñón M, De Gracia Hills Y, González Estechea M, Callado Yurrita M, De Pedro Moro JA et al. Errores en la identificación del paciente y en muestras biológicas en el proceso analítico: ¿es posible la mejora de la seguridad de los pacientes? *Rev Calid Asist* 2015;30(6):310-318.
42. Soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente.[Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. [consultado agosto 2017] Disponible en <http://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/PatientSolutionsSpanish.pdf>
43. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Informe de incidentes de seguridad notificados en 2014-2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016. [consultado agosto 2017] Disponible en https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/160523_FINAL-Informe_SiNASP.pdf?cdnv=1
44. Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Cameo, Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin Monogr Barcelona*. 2008; 131(Supl 3):72-8.
45. Protocolo de identificación inequívoca de pacientes del Servicio Extremeño de Salud. Dirección General de Salud Pública. Marzo 2017. [consultado agosto 2017]. Disponible en https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/12899_protocolo-identificacion-inequivoca-2017.pdf
46. Sanz E, Sánchez M, Rite S, Benavente I, Leante JL, Perez A et al. en representación del Comité de Estándares. Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la identificación inequívoca del recién nacido. *An Pediatr (Barc)*. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.008>
47. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. Sistema Sanitario Público Andaluz. [consultado agosto 2017]. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf
48. Kelly K, Harrington L, Matos P, Turner B, Johnson C. Creating a Culture of Safety Around Bar-Code Medication Administration: An Evidence-Based Evaluation Framework. *J Nurs Adm*. 2016 Jan;46(1):30-37.
49. Gann M. La tecnología del código de barras para reducir los errores de medicación. *Nursing*. 2015;32(6):49-55. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2015.11.012>
50. Epstein RM, Street RL. Patient-centered care for the 21st century: Physicians' roles, health systems and patients' preferences. American Board of Internal Medicine Foundation 2008.
51. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care



- experiences; fewer data on costs. *Health Aff* 2013 Feb; 32(2):207-14. [consultado julio 2017] Disponible en <http://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2012.1061>
52. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ* 2007;335:24. Disponible en <https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80>
53. Longtin Y, Sax H, Leape L, Sheridan S, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proc.* 2010 Jan;85(1):53-62. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4065%2Fmcp.2009.0248>
54. Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manage.* 2008 Mar;62(3):80-5.
55. Gobierno Vasco. Libro blanco de democracia y participación ciudadana para Euskadi. Vitoria-Gasteiz; 2014. [consultado julio 2017]. Disponible en https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/7539/Libro_Blanco_DyPC_anexos_es.pdf?1453380199
56. Calvo F, Costa A, Garcia-Conde J, Megía M^a Jesús. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Pública* 2011;85:459-468. [consultado julio 2017]. Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n5/05_colaboracion4.pdf
57. Kovacs Burns K, Bellows M, Eigenseher C, Gallivan J. 'Practical' resources to support patient and family engagement in healthcare decisions: a scoping review. *BMC Health Services Research* 2014;14:175. [consultado julio 2017]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/175>
58. Barach P, Bettinger J, Charpak Y, Delnoij D, Hafner V, Kutaj-Wasikowska H et al. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. 1^a ed. WHO Regional Office for Europe Publications. Copenhagen (Denmark): World Health Organization Regional Office for Europe; 2013. [consultado julio 2017]. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf
59. The National Patient Safety Foundation's Lucian Leape Institute. SAFETY IS PERSONAL. Partnering with Patients and Families for the Safest Care. National Patient Safety Foundation. Boston; 2014. [consultado julio 2017]. Disponible en https://c.ymcdn.com/sites/npsf.site-ym.com/resource/resmgr/LLI/Safety_Is_Personal.pdf
60. Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi (B.O.P.V. 4 de agosto de 2015). [consultado mayo 2017]. Disponible en <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2015/08/1503424a.pdf>
61. Health Research & Educational Trust. Partnering to improve quality and safety: A framework for working with patient and family advisors. Health Research & Educational Trust. Chicago; 2015. [consultado marzo 2017]. Disponible en www.hpoe.org/pfaengagement
62. Bjertnaes O, Skudal KE, Iversen HH, Lindahl AK. The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I): assessments of data quality, test-retest reliability and hospital-level reliability. *BMJ Qual Saf* 2013;22:743-751. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001756>
63. Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciban asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios de Euskadi (B.O.P.V. 25 de mayo de 2016). [consultado marzo 2017]. Disponible en <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/05/1602210a.shtml>
64. Añel RM, Cambero MI, Irurzun E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2015;30(5):200-225 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.007>
65. ECRI Institute. Medication Reconciliation Guidance. Plymouth Meeting, PA, USA. ECRI Institute: ECRI Institute; 2015.
66. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KJ. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2013;158:397-403.
67. Junta de Andalucía. Grupo de trabajo: Buenas prácticas en el uso de medicamentos. Buenas prácticas en la conciliación de la medicación en el ingreso, alta y transición interservicios. Consejería de salud, Obser-



vatorio para la seguridad del paciente.

68. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. *Arch Intern Med* 2012;172(14):1057-1069. Published online June 25, 2012. doi:10.1001/archinternmed.2012.2246
69. San José B, Serrano L, López LR, Baza B, Sautua S, Bustinza A et al. Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana. *Rev Calid Asist.* 2016;31(1):36-44 <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.02.001>
70. Pearce MS, Salotti JA, Little MP, McHugh K, Lee C, Kim KP et al. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet* 2012; 380:499–505. Publicado on-line Junio 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60815-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60815-0)
71. Mathews JD, Forsythe AV, Brady Z, Butler MW, Goergen SK, Byrnes GB et al. Cancer risk in 680 000 people exposed to computed tomography scans in childhood or adolescence: data linkage study of 11 million Australians. *BMJ* 2013;346:f2360. doi: 10.1136/bmj.f2360
72. Miglioretti DL, Johnson E, Williams A, Greenlee RT, Weinmann S, Solberg LI et al. The Use of Computed Tomography in Pediatrics and the Associated Radiation Exposure and Estimated Cancer Risk. *JAMA Pediatr* 2013;167(8):700-707. Publicado on-line Junio 2013. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.311
73. Directiva 2013/59/Euratom del Consejo de Europa de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, y se derogan las Directivas 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom.
74. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico.
75. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.
76. Real Decreto 1439/2010, de 5 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, aprobado por Real Decreto 783/2001, de 6 de julio.
77. Real Decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
78. Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.
79. Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves de la sangre y de los componentes sanguíneos.
80. Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión.
81. Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, al almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.
82. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual de uso óptimo de componentes sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, estudios e investigación. 2011.
83. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Hemovigilancia año 2011. Unidad de Hemovigilancia. Área de Hemoterapia, diciembre 2012.
84. Duce G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. 2.ª ed. WHO/CDC/CSR/EPH/2002.
85. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, McGarry SA, Trivette SL, Briggs JP, et al. Health care-associated bloods-



- trean infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. Ann Intern Med. 2002;19:791-7.*
86. European Centre for Disease Prevention and Control. *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals.* Stockholm: ECDC; 2013. [consultado febrero 2017]. Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
 87. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV. *The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design.* Am J Epidemiol. 1980 May;111(5):472-85.
 88. Haley RW, Morgan WM, Culver DH, White JW, Emori TG, Mosser J, Hughes JM. *Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment.* Am J Infect Control. 1985 Jun;13(3):97-108.
 89. *Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005.* [Internet] Madrid: 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. [consultado febrero 2017]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
 90. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.* [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2008. [consultado febrero 2017]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
 91. Organización Mundial de la Salud. *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen. Unas manos limpias son manos más seguras.* 2005.
 92. World Health Organization. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge.* 2009. [consultado marzo 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
 93. European Commission. *Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.* Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [consultado marzo 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
 94. *Decisión n° 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión no 2119/98/CE.* Diario Oficial de la Unión Europea. L 293/1. 5 de noviembre de 2013. [consultado mayo 2017]. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/decision_serious_crossborder_threats_22102013_es.pdf
 95. *Transatlantic Task Force on Antimicrobial Resistance (TATFAR).* [Internet]. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugresistance/tatfar/about.html>
 96. *Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU. Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance, Progress report May 2014.* [consultado mayo 2017]. Disponible en: https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-progress_report_2014.pdf
 97. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los Antibióticos.* Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) 2014. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>
 98. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. *Euskadirako osasun politika, 2000 / Osasunketa eta Kontsumo Saila. Política de salud para Euskadi, 2000.*
 99. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. *Manual de normas para el control de la infección nosocomial.* 1994.
 100. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. *Anexo I, Manual de normas para*



- el control de la infección nosocomial. 1997.
101. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Libro blanco de la infección nosocomial. 1997.
 102. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial Hospitales Agudos (PVPCIN). 1999.
 103. Proyecto Infección Quirúrgica Zero. [Internet]. [consultado junio 2017]. Disponible en: <http://infeccionquirurgicazero.es/es/documentos-y-materiales/protocolos-de-trabajo>
 104. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: Documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPHJ. Rodríguez-Baño et al. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012;30(1):22.e1–22.e23.
 105. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. 2009.
 106. Fekete Thomas. Catheter-associated urinary tract infection in adults.[Internet]. Section Editor: Stephen B Calderwood. Deputy Editor: Allyson Bloom. UpToDate®. This topic last updated: Jun 08, 2016. [consultado junio 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults?source=search_result&search=infeccion%20tracto%20urinario&selectedTitle=3~150
 107. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2016. Informe global de España. Resumen provisional. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://hws.vhebron.net/epine/Global/EPINE-EPPS%202016%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>
 108. Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2015 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017. [consultado noviembre 2017]. Disponible en http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/SIAE_2015_Informe_completo.pdf
 109. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. 2008. [consultado marzo 2017]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
 110. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. World Health Organization 2016. [consultado marzo 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>
 111. MacDougall C, Polk RE. Antimicrobial stewardship programs in health care systems. *Clin Microbiol Rev* 2005;18:638–56.
 112. Rodríguez Baño J, Paño Pardo J.R, Álvarez Rocha L et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012;30(1):22.e1–22.e23.
 113. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo M.J. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2014;32(5):320–327.
 114. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006;355(26):2725–32.
 115. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009. [consultado mayo 2017]. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/BRC_informe_estudio_piloto.pdf
 116. Palomar M, Alvarez Lerma F, Riera A. et al, on behalf of the Bacteremia Zero Working Group. Impact of a National Multimodal Intervention to Prevent Catheter-Related Bloodstream Infection in the ICU: The Spanish Experience. *Critical Care Medicine* 2013;41(10):2364–2372.
 117. Módulo formación “Neumonía Zero”. [Internet]. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>



118. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Neumonía Zero. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>
119. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Resistencia Zero. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-resistencia-zero/>
120. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Resumen. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Informes, estudios e investigación; 2015.
121. Aranaz Andrés JM, Ruiz López P, Aibar Remón C, Requena Puche J, Agra Varela Y, Limón Ramírez R et al. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp* 2007;82(5):268-77. doi: 10.1016/S0009-739X(07)71724-4
122. Jammer T, Ahmad C, Aldecoa D, Koulenti T, Goranovic I, Grigoras B et al. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. *Br J Anaesth*. 2015; Advance Access published January: 1-7. doi:10.1093/bja/aeu460
123. Russ S, Rout S, Sevdalis N, Moorthy K, Darzi A, Vincent C. Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. *Ann Surg* 2013;258(6):856-871. doi: 10.1097/SLA.000000000000206
124. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291: 825-830. DOI 10.1007/s00404-014-3474-3
125. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2015.
126. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG* 2011; 118(Suppl. 1): 1-203.
127. Wu AW, Pronovost P, Morlock L. ICU incident reporting systems. *J Crit Care* 2002;17(2):86-94. [consultado mayo 2017] Disponible en http://www.safetyleaders.org/SafePracticeArticles/icu_incident_reporting_systems.pdf
128. Campodarve I. Errors Mèdics als Serveis d'urgències. *Ann Medicin* 2002; 85:132-34.
129. Bleetman A, Sanusi S, Dale T, Brace S. Human factors and error prevention in emergency medicine. *Emerg Med J* 2012 May;29(5):389-93. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2010.107698>
130. Chanovas Borrás M, Campodarve I, Tomas Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias* 2007;3:7-13. [consultado mayo 2017]. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEMES_SP_en_Urgencias.pdf
131. Vincent CA, Wears RL. Communication in the emergency department: separating the signal from the noise. *Med J Aust* 2002;176:409-410.
132. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010;22:415-428. [consultado mayo 2017]. Disponible en http://www.noble-arp.com/src/img_up/28112012.2.pdf
133. Revisión Bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente". Serie informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [consultado mayo 2017]. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
134. Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Salud Pública* 2013;87:283-292. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000300008>
135. Costs of unsafe care and coss-effectiveness of patient safety programmes. European Union, 2016. [consultado mayo 2017]. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2016_costs_psp_en.pdf



136. Tomás S, Bueno MJ, Chanovas M, Roqueta F y Grupo de Trabajo Mapa de Riesgos SEMES. Diseño y validación de un mapa de riesgos para la mejora de la seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Trauma Fund MAPRE (2014) Vol25 nº1:46-53*. [consultado mayo 2017]. Disponible en <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n1/docs/Articulo8.pdf>
137. D'Amour D, Dubois C-A, Tchouaket É, Clarke S, Blais R. The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *Int J Nurs Stud* 2014;51:882-891.
138. Austin S. Seven legal tips for safe nursing practice. *Nursing* 2008. 2008; Marzo: 34-39.
139. Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia Lavin R, Paras Bravo P, Soldevilla Ágreda JJ, García Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* 2016;27(4):161-167.
140. Tzeng HM, Yin CY. Perceived top 10 highly effective interventions to prevent adult inpatient fall injuries by specialty area: A multihospital nurse survey. *Appl Nurs Res* 2015;28:10-17. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2014.04.005>
141. Haines TP, Waldron NG. Translation of falls prevention knowledge into action in hospitals: What should be translated and how should it be done? *J Safety Res* 2011;42:431-442. DOI 10.1016/j.jsr.2011.10.003
142. National Health Service. Falls: Assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 161. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013.
143. Hoke LM, Guarracino D. Beyond Socks, Signs, and Alarms: A Reflective Accountability Model for Fall Prevention. *Am J Nurs* 2016;1(116): 42-47.
144. Shuman C, Liu J, Montie M, Galinato JG, Todd MA, Hegstad M et al. Patient perceptions and experiences with falls during hospitalization and after discharge. *Appl Nurs Res* 2016;31:79-85.
145. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. *Medication Errors*. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.
146. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. Survey of hospital systems and common serious medication errors. *J Health Risk Manag* 1998;18:16-27
147. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. Septiembre 2012. [consultado mayo 2017]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%202012.pdf>
148. ISMP-España. *Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
149. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0261561407001689?via%3Dihub>
150. Lobo Táner G, Ruiz López MD, Pérez de la Cruz AJ. Desnutrición hospitalaria: relación con la estancia media y la tasa de reingresos prematuros. *Med Clin (Barc)* 2009; 132(10):377-84. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-desnutricion-hospitalaria-relacion-con-estancia-S0025775308000547>
151. Burgos Peláez R. Desnutrición y enfermedad. *Nutr Hosp suplementos* 2013;6(1):10-23. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933002.pdf>
152. Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Coordinadoras: Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Planas Vilá M. Barcelona: Glosa SL; 2011. [consultado junio 2017]. Disponible en https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
153. Commission of the European Communities. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Bruselas: Commission of the European Communities; 2007. [consultado junio 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
154. Committee of Ministers. *Resolution ResAP(2003) 3 on food and nutritional care on hospitals*. 2003.



- [consultado junio 2017]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=85747>
155. National Collaborating Centre for Acute Care. *Nutrition support in adults Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition*. Londres: National Collaborating Centre for Acute Care at The Royal College of Surgeons of England; 2006. [consultado junio 2017]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg032fullguideline.pdf>
 156. Álvarez Hernández J, Planas Vilá M, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P, Brosa M. *The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES Study*. *Nutr Hosp* 2010; 25(6):1020-24. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n6/original15.pdf>
 157. *Recomendaciones para el control de la nutrición en pacientes con riesgo de UPP o con UPP establecida*. Osakidetza diciembre 2015. [consultado junio 2017]. Disponible en <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Recomendaciones%20control%20nutrici%c3%b3n.pdf>
 158. European Association of Urology. *Guía clínica sobre la incontinencia urinaria*. 2010. [consultado junio 2017]. Disponible en http://www.aeu.es/UserFiles/11-GUIA_CLINICA_SOBRE_LA_INCONTINENCIA_URINARIA.pdf
 159. Fernandez-Lasquetty B, Lorente G, Tenías JM, Racionero AL, Alcañiz I, Gigante A. *Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital*. *Enferm Clin* 2015; 25(4):198-203. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.001>
 160. Zisberg A, Sinoff G, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. *In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older*. *J Am Geriatr Soc* 2011;59:1099-104. [consultado junio 2017]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21649620>
 161. Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L. *Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: An Italian multicenter prospective cohort study*. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007;34(6):649-654. <http://dx.doi.org/10.1097/01.WON.0000299815.75359.4c>
 162. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Urinary incontinence in women: management. Clinical guideline*. 2013. Actualizada en Noviembre 2015. [consultado junio 2017]. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/resources/urinary-incontinence-in-women-management-pdf-35109747194821>
 163. Junta de Andalucía. *Guía de uso adecuado de Absorbentes de Incontinencia*. Málaga: Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Distrito Sanitario Málaga; 2011. [consultado mayo 2017]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/distritomalaga/docs/cuidados/Absorbentes%20de%20Incontinencia.pdf>
 164. Xunta de Galicia. *Guía de buen uso de absorbentes de incontinencia urinaria*. Xunta de Galicia. Consejería de Sanidad. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Santiago de Compostela; 2007. [consultado junio 2017]. Disponible en <http://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/Farmacia/PDF4-81.pdf>
 165. Pancorbo PL, García FP. *Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados*. *Gerokomos* 2001;12(4):175-184. [consultado junio 2017]. Disponible en <https://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-4-2001-175.pdf>
 166. Zunzunegui MV, Rodríguez A, García MJ, Aguilar MD, Lázaro P, Otero A. *Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años*. *Aten Prim* 2003;32(6):337-42. [consultado junio 2017]. Disponible en www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13052711-S300
 167. Bosch JM. *Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa?* *Aten Prim* 2005;35(2):74-76. Disponible en <https://doi.org/10.1157/13071912>
 168. Silva TC, Mazzo A, Santos RCR, Jorge BM, Souza Junior VD, Mendes IAC. *Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações para a assistência de enfermagem*. *Aquichan* 2015; 15 (1): 21-30. [consultado junio 2017]. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972015000100003



ACCESO A OTRAS FUENTES DE INTERÉS EN INTERNET

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CALIDAD ASISTENCIAL

1. Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/patientsafety/en/> y http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
2. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ): www.pasq.eu
3. National Health Service (NHS) Patient Safety Home <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/>
4. Institute for Healthcare Improvement (IHI) www.ihl.org
5. Emergency Care Research Institute (ECRI): www.ecri.org
6. Joint Commission www.jointcommission.org
7. European Commission https://ec.europa.eu/health/home_en
8. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare: www.safetyandquality.gov.au
9. Health Quality & Safety Commission New Zealand: www.hqsc.govt.nz
10. BMJ Quality & Safety: <http://qualitysafety.bmj.com/>
11. Canadian Medical Protective Association (CMPA): <https://www.cmpa-acpm.ca/en/home>
12. American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM): www.ashrm.org/
13. Canadian Patient Safety Institute (CPSI): www.patientsafetyinstitute.ca
14. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) <https://innovations.ahrq.gov/>
15. A division of the Hospital Quality Institute (CHPSO): www.chpso.org
16. National Quality Forum (NQF): www.qualityforum.org
17. Portal de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <https://www.seguridaddelpaciente.es/>
18. Sociedad Española de Calidad Asistencial: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/>
19. SENSAR: <http://sensar.org/categoria/blog/biblioteca/protocolos/>
20. Fundación Avedis Donabedian: <http://www.fadq.org/?portfolio=seguridad-clinica-para-todos-org>

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

21. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente de Osakidetza: <http://noconformidades.osasunet/inicio/default.aspx>
22. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI): <https://www.sinasp.es/>
23. Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR): <http://sensar.org/>
24. Sistema de notificación de incidentes de la Junta de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/incidentesseguridad/>



INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): <https://ecdc.europa.eu/en>
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): www.cdc.gov
27. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH): <http://www.sempsph.com/es/>
28. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Uso responsable de antibióticos: <http://www.antibioticos.msssi.gob.es/home.html>

RIESGOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

29. Institute for Safe Medication Practices (ISMP): www.ismp.org
30. ISMP España – Delegación Española del ISMP: www.ismp-espana.org
31. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP): www.nccmerp.org
32. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS): www.aemps.gob.es
33. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH): www.sefh.es

RIESGOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA

34. Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
35. <http://www.safesurg.org/>
36. <http://safesurgery2020.org/>

SEGUNDAS VÍCTIMAS

37. Medically Induced Trauma Support Services (MITSS): www.mitsstools.org
38. Ku Leuven research. Second victims in health care: <http://www.secondvictim.be/index.html>
39. Center for patient safety: <http://www.centerforpatientsafety.org/second-victims/>
40. Proyecto de investigación sobre Segundas y Terceras víctimas: <http://www.segundasvictimas.es/>

PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

41. Organización Mundial de la Salud (OMS): http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/
http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es/
42. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): <https://www.ahrq.gov/patients-consumers/care-planning/errors/20tips/20tipssp.html>
43. <http://www.healthtalk.org/peoples-experiences/>
44. Universidad de los pacientes: <http://www.universidadpacientes.org/>
45. Instituto de Experiencia del Paciente (IEXP): <http://www.iexp.es>
46. Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente - MSSSI: <http://formacion.seguridaddelpaciente.es/>
47. Consejos para involucrar a los pacientes en su seguridad: https://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/anexo_u9.pdf



ANEXO 1. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA

L1. GESTIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

INDICADOR	ESTÁNDAR
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en Seguridad del Paciente por cada una de las organizaciones de servicios	50% (2018) 60% (2019) 70% (2020)
Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP	
Tasa de notificaciones de incidentes sin daño en el SNASP por cada 100 profesionales	
Porcentaje de incidentes sin daño notificados en el SNASP con análisis realizado	
Porcentaje de incidentes sin daño, notificados en el SNASP y analizados, en los que “si procede” tienen propuestas acciones de mejora	≥50%(2017) ≥55%(2018) ≥60%(2019) ≥65%(2020)
Porcentaje de acciones de mejora implantadas en relación con las propuestas	
Porcentaje de acciones implantadas con seguimiento realizado	

L2. ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS

INDICADOR	ESTÁNDAR
A finales de 2017	
% de Organizaciones que han incorporado y/o adaptado la Guía de Osakidetza sobre recomendaciones de actuación ante un EA	50%
A finales de 2018	
% de Organizaciones que han incorporado y/o adaptado la Guía de Osakidetza sobre recomendaciones de actuación ante un EA	100%
% de Organizaciones en las que se han realizado acciones de sensibilización y formación sobre la repercusión que tienen los EA en los propios profesionales y la institución	100%
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	50%



A finales de 2019	
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	75%
% de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas	30-50%
A finales de 2020	
% de Organizaciones que han implantado la Estrategia Corporativa para dar una adecuada atención a las segundas y terceras víctimas	100%
% de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas	60-75%

L3. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES

INDICADOR	ESTÁNDAR
% de pacientes hospitalizados correctamente identificados (con el brazalete de identificación corporativo)	100%
% de centros de Atención Primaria que han implantado el protocolo con las recomendaciones para la identificación inequívoca de pacientes	100%
% de centros con hospitalización psiquiátrica de media-larga estancia que disponen de un procedimiento de identificación inequívoca de pacientes	
% de maternidades que utilizan el sistema de identificación conjunta madre-recién nacido	
% de organizaciones en las que se ha implantado un procedimiento de trazabilidad de muestras biológicas	
% de organizaciones que han desarrollado acciones dirigidas a implicar a pacientes y cuidadores en el proceso de identificación inequívoca	



L4. IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTES EN SU SEGURIDAD

INDICADOR	ESTÁNDAR
% de Organizaciones que han realizado acciones de sensibilización y formación en materia de seguridad clínica específicamente dirigidas a pacientes	25% (2018) 50% (2019) 75% (2020)
% de Organizaciones que han revisado sus planes de acogida incluyendo en ellos información sobre aspectos concretos de Seguridad del Paciente	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
% de Organizaciones que han incluido preguntas relativas a seguridad clínica en sus encuestas de satisfacción	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
% de Organizaciones que han realizado sesiones de formación en Seguridad del Paciente específicamente dirigidas a profesionales de los Servicios de Atención al Paciente y Usuario (SAPU)	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Nº de quejas y reclamaciones reportadas a los referentes de seguridad por los profesionales de los SAPU, por contener información relativa a problemas de seguridad	–
Nº de análisis realizados en base a incidentes recogidos/información procedente de las quejas y reclamaciones	–
% de Organizaciones que han habilitado otros canales para la comunicación de problemas de seguridad por parte de los pacientes y de la ciudadanía	25% (2018) 50% (2019) 75% (2020)
Nº de incidentes de seguridad notificados por los pacientes, familiares, cuidadores y/o por la ciudadanía (a través de esos canales)	–
% de Organizaciones que han establecido canales de comunicación con Asociaciones o Federaciones de pacientes para cooperar y desarrollar acciones para mejorar la Seguridad del Paciente	25% (2018) 50% (2019) 75% (2020)
% de Organizaciones que han incorporado pacientes en sus Comités de Seguridad y/o en los equipos de trabajo de líneas o áreas específicas de Seguridad del Paciente	25% (2018) 50% (2019) 75% (2020)
Nº de pacientes que participan activamente en el Comité de Seguridad del Paciente de la OSI	–
Nº de pacientes que participan activamente en los equipos de trabajo por áreas específicas de Seguridad del Paciente	–



L5. CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

INDICADOR	ESTÁNDAR
Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente revisado y actualizado	Disponible
Nº pacientes con conciliación de la medicación x 100 / Nº pacientes población diana (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado)	≥75%
Nº de discrepancias no justificadas / Total de pacientes conciliados (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado)	≤2

L6. OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE

INDICADOR	ESTÁNDAR
Proporción de organizaciones que disponen de un plan sistematizado y documentado de explotación y análisis de datos referidos a dosis empleadas en pruebas que emiten altas dosis de radiación ionizante (aplicable sólo en aquellas que realicen este tipo de pruebas)	100%
Proporción de organizaciones que disponen de un plan sistematizado y documentado de revisión de protocolos de pruebas que emiten altas dosis de radiación ionizante, en base al análisis de los datos de dosis obtenidos de esas pruebas (aplicable sólo en aquellas que realicen este tipo de pruebas)	100%

L7. SEGURIDAD TRANSFUSIONAL

INDICADOR
Número de reacciones adversas
Alérgicas
Febriles
TRALI
Hemolíticas
Aloinmunización
Enfermedad injerto contra huésped



Púrpura transfusional
Infección bacteriana
Infección vírica
Infección parasitaria
Edema de pulmón cardiogénico
Hemosiderosis
Efectos adversos graves en donantes de sangre
Número de casi incidentes
Porcentaje de reacciones adversas (sobre componentes transfundidos)
Número de unidades transfundidas
Hematíes
Plaquetas
Plasma

L8. PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

INDICADOR	ESTÁNDAR
Incidencia de infección de la herida quirúrgica profunda y de órgano, en cirugía electiva colorrectal con seguimiento a 30 días	≤20%*
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera con seguimiento a 90 días	≤5%*
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla con seguimiento a 90 días	≤5%*
Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis estando indicada	<5%*
Estudios de incidencia de IN en área médica y acciones mejora	Estudio y presentación de un plan de mejora
Actualización del PVPCIN	
Existencia de un plan de detección de infecciones por microorganismos multirresistentes en unidades asistenciales	



Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios	60% (2018) 70% (2019) 80% (2020)
% Camas de UCI con Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención	100%
% Camas con PBA en el punto de atención	100%
Consumo de PBA en hospitalización	
Consumo de PBA en AP	
Observación higiene de manos (Nº de acciones de higiene de manos x 100/ nº oportunidades vigiladas)	
Observación uso de PBA (Nº de ocasiones en que se usa PBA x 100/ nº oportunidades vigiladas)	
Existencia de un Plan definido en el que se recogen las intervenciones a llevar a cabo para la reducción de la infección del tracto urinario asociado a cateterización urinaria	100% (2018)
Reducción porcentual en la Prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) con respecto al año anterior (EPINE)	≥25%
Porcentaje de cumplimentación de retirada de sonda ajustándose a protocolo en las organizaciones con cirugías menores y cesáreas	70% (2018) 85% (2019) 100% (2020)
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica	>95%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica	>90%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la eliminación del vello	>80%
Desarrollo de PROA en las OSI y Hospitales de media larga estancia	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Tasa media de bacteriemia primaria y asociada a catéter venoso central en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos	Hosp < 500 camas: < 2,5* Hosp ≥ 500 camas: < 4*
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos	Hosp < 500 camas: < 4* Hosp ≥ 500 camas: < 7*

**Revisión anual*



L9. CIRUGÍA SEGURA

INDICADOR	
INDICADORES GLOBALES	ESTANDAR
Porcentaje global de pacientes intervenidos de cirugía programada y urgente a los que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ)	>85%
Protocolo de prácticas quirúrgicas seguras –Marcado del sitio quirúrgico–	Realizado
Protocolo de trazabilidad del paciente	Realizado
INDICADORES DE LA ORGANIZACIÓN	
Servicios-unidades con listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) implantado (%)	100%
Pacientes intervenidos de cirugía programada que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	>90%
Pacientes intervenidos de cirugía urgente que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	>80%
Servicios quirúrgicos que han realizado autoevaluación sobre la utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	100%
Servicios quirúrgicos que han realizado sesiones de sensibilización sobre la adecuada utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) (%)	100%
Hospitales con actividad quirúrgica que tienen implantado el protocolo de prácticas quirúrgicas seguras (%)	100%
Hospitales con actividad quirúrgica que tienen implantado el protocolo de trazabilidad del paciente (%)	100%

L10. SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO

INDICADOR	ESTÁNDAR
Partos instrumentales	< 20% Anual
Desgarros de 3° y 4° grado	<3% Anual
Partos por cesárea	<15% Anual
Tasa de púerperas que presentan infección puerperal	<20% Anual
Tasa de complicaciones hemorrágicas	<12% Anual
Tasa de reingresos urgentes tras el parto	<5% Anual



% de partos eutócicos con episiotomía	<30 % Anual
Tasa de mortalidad materna	<0,06% Anual
Tasa de mortalidad neonatal precoz	<7% Anual

L11. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

INDICADOR	ESTÁNDAR
Finales de 2018	
% de Organizaciones que disponen de Referentes de seguridad en los SU	100%
% de SU que disponen de un Equipo de seguridad	100%
% de Organizaciones que han realizado un Análisis global de riesgos de las áreas de atención urgente, con criterios de priorización para su abordaje	100%
% de Organizaciones que disponen de un Plan de trabajo (con líneas de acción, objetivos y acciones) para la mejora de la seguridad en los SU	100%
% de Organizaciones que han divulgado/comunicado el resultado del análisis de riesgos de los SU y el Plan de trabajo para su abordaje	100%
Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI	
Finales de 2019	
Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI	
% de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora	50%
% de acciones de mejora implantadas	25%
% de Organizaciones que han divulgado/comunicado las medidas de mejora propuestas y/o implantadas para mejorar la seguridad en los SU	100%
Finales de 2020	
Nº de incidentes de seguridad notificados en los SU de cada OSI	
% de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora	75%
% de acciones de mejora implantadas	50%
% de incidentes en los que se ha realizado seguimiento con reevaluación de la situación tras implantar las medidas de mejora	25%
% de Organizaciones que han divulgado/comunicado las acciones de mejora implantadas	100%



L12. SEGURIDAD DEL PACIENTE VINCULADA A LOS CUIDADOS

INDICADOR	ESTÁNDAR
Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión	100% de organizaciones
Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas a través del programa informático Osanaia	< 2,00%
Porcentaje de pacientes con úlceras intrahospitalarias de categoría II o superior al alta (excluyendo la población diana de los servicios de Pediatría, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria) declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de agudos	< 1,5%
Tasa de úlceras por presión intrahospitalarias de categoría II o superior en base a estancias, declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de media y larga estancia y psicogeriatría	<2,5%
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia y Cirugía Mayor Ambulatoria	< 1,50%
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia y Cirugía Mayor Ambulatoria	< 1,30%
Tasa de incidencia de pacientes con úlceras por presión de origen intrahospitalario sobre las estancias, en hospitalización de media y larga estancia y psicogeriatría	< 4,00%
Porcentaje de pacientes crónicos domiciliarios que presentan úlceras por presión de categoría II o superior de origen extrahospitalario	< 8%
Porcentaje de pacientes que han sufrido caídas durante el ingreso hospitalario (excluyendo los pacientes pediátricos) declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de agudos	< 0,70%
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados sobre las estancias, declaradas a través del programa informático Osanaia, en hospitalización de media y larga estancia y Redes de Salud Mental	< 2,0%
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) vinculados directamente al proceso asistencial hospitalario que han recibido formación on-line en prevención de caídas durante la hospitalización	25% (2020)



L13. BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN

INDICADOR	ESTÁNDAR
Proporción de organizaciones que han implementado las buenas prácticas con respecto a la administración de medicamentos de alto riesgo, anticoagulantes, insulinas, potasio intravenoso y citostáticos (en función de su tipo de actividad asistencial)	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Proporción de Organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos con herramientas validadas	100% (2019)

L14. BUENAS PRÁCTICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN

INDICADOR	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes ingresados a los que se les ha realizado cribado del estado nutricional	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Porcentaje de pacientes normo-nutridos al ingreso que al alta presentan riesgo de desnutrición o desnutrición	≤ 5-10%
Porcentaje de pacientes con riesgo de desnutrición al ingreso que no presentan desnutrición al alta	≥ 90-95%
Porcentaje de informes de alta de unidades de hospitalización en los que consta el estado nutricional del paciente y las recomendaciones pertinentes	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)



L15. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA INDUCIDA

INDICADOR	ESTÁNDAR
Porcentaje de pacientes en los que se valora la situación funcional y las ayudas que precisa para orinar al ingreso	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
Porcentaje de pacientes hospitalizados con pauta de uso de absorbentes de incontinencia urinaria ajustada a las recomendaciones de la guía corporativa	50% (2018) 75% (2019) 100% (2020)
% pacientes que no usaban AIU previamente al ingreso a los que se les aplica durante la hospitalización	–
% pacientes con pañal al ingreso a los que se les retira durante la hospitalización	–
% de pacientes que siendo continentales al ingreso, no lo son al alta	–
% de pacientes que siendo incontinentes al ingreso, son continentales al alta	–