

CONSEJERÍA DE SALUD

SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA



ESTRATEGIA PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



JUNTA DE ANDALUCÍA

ESTRATEGIA para la seguridad del paciente.

[Sevilla] : Consejería de Salud, [2006]

88 p. : il. col. ; 21 cm + 1 CDROM

1. Vigilancia sanitaria de servicios de salud 2. Garantía de la calidad de atención de salud 3. Control de riesgo 4. Administración de la seguridad 5. Derechos del paciente  
6. Andalucía I. Andalucía. Consejería de Salud  
W 84

EDITA: Consejería de Salud. Junta de Andalucía

DISEÑO Y PRODUCCIÓN: Artefacto

FOTOGRAFÍA: Luis Castilla

D.L.: SE-4751-06



## ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



**presentación+** El creciente volumen de actividad asistencial, unido a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y técnicas sanitarias y asistenciales empleadas, ha devenido sin duda en una mayor calidad, eficacia y eficiencia de la atención sanitaria que se presta en los sistemas de salud de los países desarrollados. Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es inevitable que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria. Precisamente, la relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias adversas durante o a causa de la asistencia sanitaria recibida, ha provocado que, durante las dos últimas décadas del siglo xx, surgiese una preocupación excepcional por paliar o minimizar este riesgo, por gestionarlo, configurándose una nueva línea de trabajo que, enmarcada fundamentalmente entre las estrategias y políticas de calidad, se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente se refiere.



En este contexto, ya han sido puestas en marcha distintas iniciativas internacionales dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y a su mejora. En otras palabras, encaminadas a procurar el acceso a una atención sanitaria segura, no ya como un hecho deseable sino como un derecho básico de los ciudadanos y ciudadanas de países de nuestro entorno. Entre las actuaciones emprendidas en este sentido, una de las más significativas ha sido la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la OMS en 2004 con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

Desde la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía también se vienen desarrollando diversas líneas de acción que contribuyen a una mayor seguridad del paciente: la garantía de los tiempos máximos de demora para intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas, la mejora de la práctica clínica y de la continuidad asistencial de la mano de la incorporación de los procesos asistenciales, el progresivo desarrollo de las unidades de gestión clínica, o la acreditación de las mismas así como de centros, profesionales y actividades de formación, son algunos ejemplos.

Supone, por tanto, una gran satisfacción dar un paso más en este ámbito con la presentación de esta “Estrategia para la seguridad del paciente”, un trabajo que se enmarca y emana del II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Una nueva estrategia que aúna experiencias contrastadas y distintas iniciativas que se están desarrollando en materia de seguridad, y que, sobre esta base, propone un conjunto ordenado de acciones cuyo objetivo es aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de efectos adversos atribuibles a los mismos.

Quiero agradecer al equipo responsable su gran esfuerzo y dedicación, que han cristalizado en esta valiosa propuesta que va a contribuir, sin duda, a que desde la sanidad pública andaluza se ofrezca una atención y unos servicios sanitarios más seguros y satisfactorios para los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía.

**María Jesús Montero Cuadrado**

*Consejera de Salud de la Junta de Andalucía*



## MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Concepción Barrera Becerra

M<sup>a</sup> Dolores Bejarano Rojas

Carmen Cortes Martínez

Elvira Fernández de la Mota

Eloisa Fernández Santiago

Manuela Lacida Baro

Fernando Llanes Ruiz

M<sup>a</sup> José Pérez Lozano

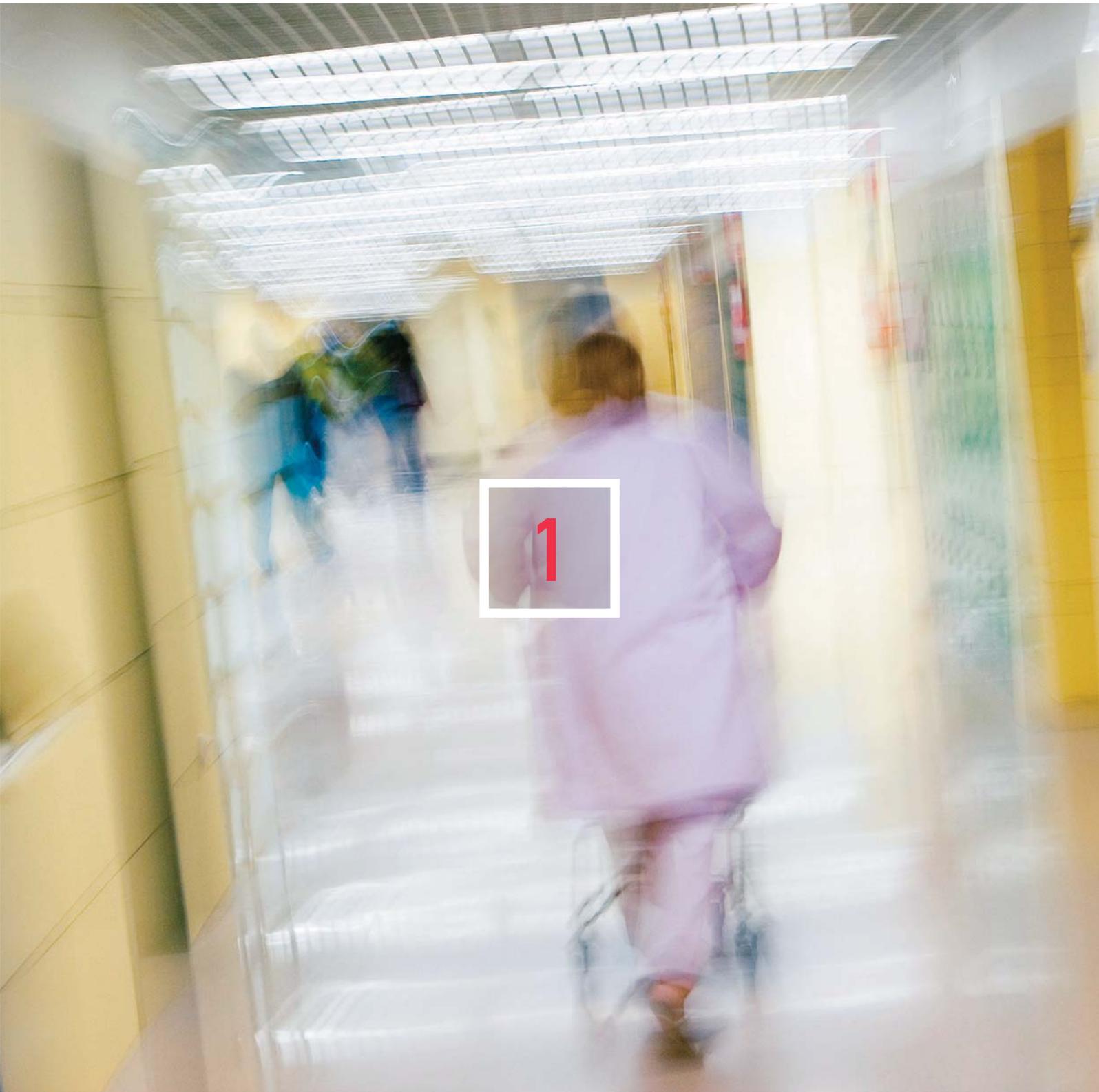
Juan Pinilla Muñoz

Dolores Rivas Aguayo

Gonzalo Suárez Alemán

Pilar Vázquez Garijo

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN / 7</b>
<b>2</b>	<b>ANTECEDENTES / 9</b>  2.1. Magnitud de los eventos adversos / 9 2.2. Iniciativas internacionales / 11 2.3. Iniciativas nacionales / 14
<b>3</b>	<b>ANÁLISIS DE SITUACIÓN / 17</b>  3.1. Puntos críticos detectados / 17 3.2. Estudio andaluz sobre eventos adversos ligados a la hospitalización / 17 3.2.1. Resumen de los principales resultados / 18 3.2.2. Conclusiones / 19
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN / 21</b>  4.1. Procesos estratégicos / 23 4.2. Procesos de soporte / 29 4.3. Procesos operativos / 37
<b>5</b>	<b>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO / 57</b>
<b>6</b>	<b>ANEXOS / 61</b>
<b>7</b>	<b>GLOSARIO DE TÉRMINOS / ABREVIATURAS / 81</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA / 85</b>



## > introducción

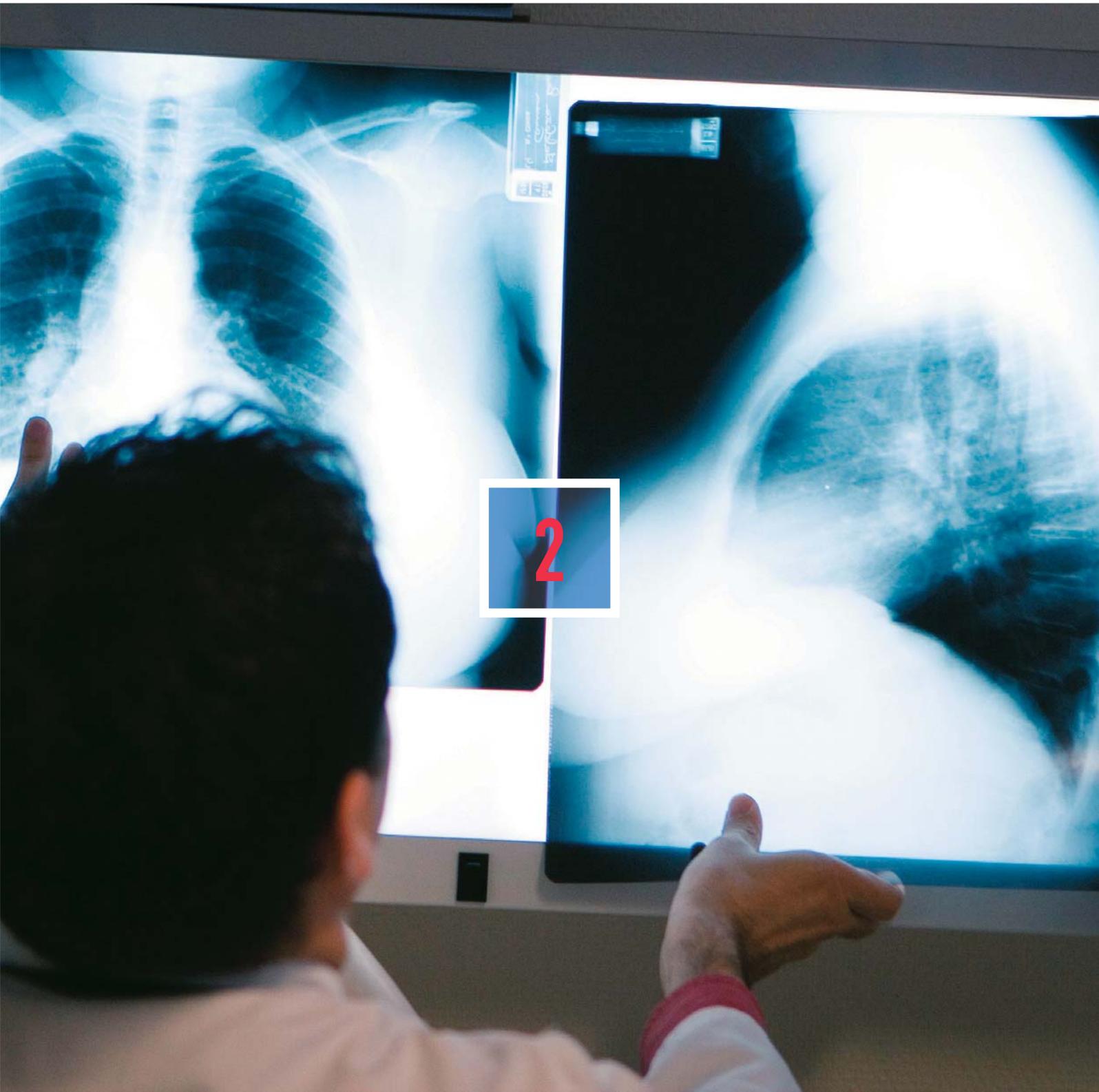
---

+ Uno de los ejes sobre los que se desarrolla el II Plan de Calidad es la relación entre el ciudadano y el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) desde la perspectiva de los compromisos que éste adquiere con respecto al primero. Asumir las necesidades y expectativas de ciudadanos y ciudadanas implica la identificación de su papel central y la obligación de establecer un sistema de garantías que lo preserve. En este contexto surge la Estrategia para la Seguridad del Paciente como uno de sus proyectos prioritarios, considerando que el acceso a la atención sanitaria segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos y ciudadanas, los cuales, tienen derecho a recibir información pertinente sobre la seguridad de la atención sanitaria que se les brinda, en un formato y un lenguaje apropiados. La Estrategia para la Seguridad del Paciente persigue, por tanto, incrementar la seguridad como componente crítico de la calidad en nuestro sistema sanitario, facilitando la participación y decisión de los ciudadanos y ciudadanas.

Se acepta universalmente que el principio *primum non nocere* es aún más pertinente actualmente que en la época de Hipócrates, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña más riesgos potenciales. A pesar de ello, las referencias habituales en materia de seguridad del paciente son escasas y se limitan a analizar incidentes esporádicos, sin que se genere un conocimiento útil y completo de los mismos que permita aprovechar su potencial de aprendizaje y evitar su reiteración futura. Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman como punto de partida común el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la calidad, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Las estructuras organizativas creadas para la gestión de la calidad en los centros asistenciales, la incorporación de modelos de certificación y acreditación, la gestión por procesos y la gestión clínica, intentan favorecer las mejores prácticas, disminuyendo la variabilidad y mejorando la efectividad de las actuaciones y su eficiencia, y por tanto contribuyendo a minimizar los errores derivados de la práctica asistencial. El desarrollo del Programa de Uso Racional del Medicamento, del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, de los Sistemas de Hemovigilancia y Farmacovigilancia o la Red de Alerta de Salud Pública, entre otras iniciativas, abordan distintas facetas de la seguridad. No obstante, es necesario garantizar un enfoque más preciso y directo en las organizaciones sanitarias sobre los aspectos relacionados con los eventos adversos (EA), su prevención y los sistemas de información.

Hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de EA y propiciadas por una adecuada organización asistencial.



## > antecedentes

---

### 2.1. MAGNITUD DE LOS EVENTOS ADVERSOS

La ocurrencia de EA en la atención sanitaria no es un problema nuevo. Los primeros estudios sobre este tema, con escasa repercusión, proceden del decenio 1950 -1960. No es hasta principios de 1990 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes<sup>[1]</sup>.

Diversas investigaciones posteriores en multitud de países (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, etc.), han ido alertando sobre las dimensiones del problema, pero es la publicación del estudio *To err is human: building a safer health system* en 1999, por el Instituto Americano de Medicina, el que logra situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costes económicos que ocasionan.

En el año 2000 la publicación de *An Organisation with a Memory*, pone en marcha el movimiento por la seguridad de los pacientes en Inglaterra e identifica cuatro aspectos críticos: unificar procedimientos de notificación y análisis; culturas organizativas más abiertas en las que los incidentes o fallos puedan ser comunicados y discutidos; monitorización de los cambios que se ponen en marcha para evitar el problema en el futuro y un enfoque sistémico que abarque la prevención, el análisis y el aprendizaje a partir de los incidentes y EA.

En la actualidad, asistimos a un crecimiento exponencial en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación destinados a aumentar el conocimiento sobre la incidencia y tipo de EA, y son numerosos los países que ya están abordando el problema y definiendo sus estrategias (Inglaterra, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, Canadá, Francia, USA, etc.). Es destacable el esfuerzo económico implícito en muchas de estas estrategias, sirva como ejemplo la AHRQ (Agency of Health Research and Quality) que ha destinado, en los últimos años, 165 millones de dólares a la investigación en la seguridad de los pacientes.

La mayor parte de la evidencia actual sobre EA proviene del medio hospitalario, debido en parte al mayor riesgo que comportan los cuidados en este entorno. Pero muchos EA ocurren en otras instituciones sanitarias, consultas médicas, cuidados de enfermería, farmacia, domicilio de los pacientes, etc. Son varios los trabajos que han estudiado la extensión de los EA en hospitales (tabla 1).

---

[1] Harvard Medical Practice Study en 1991

**TABLA1 / Resultados de estudios empíricos sobre errores y EA en hospitales<sup>[2]</sup>**

ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	FRECUENCIA DE ERROR/ EA
Steel et al 1981(Steel, Gertman, Crescenzi, & Anderson, 1981)	815 pacientes admitidos en un servicio médico general de un hospital universitario americano	36% enfermedad iatrogénica 9% incidente mayor 2% contribución en la muerte del paciente
California Medical Association, 1977 (Mills,1977)	20.864 registros de 2 hospitales en California	4,6% de posibles eventos indemnizables 0,8% eventos adversos negligentes
Harvard Medical Practice Study (Brennan, Leape, Laird, Hebert, et al ,1991)	30.121 casos de 51 hospitales no-psiquiátricos de agudos en el estado de Nueva York durante el año 1984	3,7% frecuencia global de eventos adversos 1% eventos adversos negligentes (27,6% de todos los eventos adversos) 13,6% de los eventos adversos contribuyeron a la muerte
Quality in Australian Health Care Study (Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, et al 1995)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South en Australia	16,6% eventos adversos globales (de los cuales el 51% fueron considerados prevenibles y el 4,9% contribuyeron a la muerte del paciente)
Utah & Colorado study (Thomas, Studdert, Burstin, Orav, Brennan, et al, 2000a)	15.000 altas de hospitales no-psiquiátricos en Utah y Colorado	2,9% eventos adversos globales (32,6% atribuibles a negligencia y en el 6,6% se produjo la muerte)
Revised Quality in Australian Health Care Study (Thomas, Studdert, Runciman, Webb, Brennan, et al, 2000b)	14.655 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	10,6% eventos adversos globales
(McGuire et al. 1992)	44.603 procedimientos quirúrgicos sucesivos en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones (49% de ellas atribuibles a error y el 4,1% de errores condujo a la muerte)
(O'Hara & Carson ,1997)	Todas las altas en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	5% eventos adversos globales 1,6% eventos adversos contribuyen a la muerte
(Davis, Lay-Yee, Briant, Schug, et al 2002)	6.579 altas de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio Piloto 2 Hospitales ingleses (Vincent, Neale & Woloshynowych 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (48% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Rickman, Diacon, et al ,2002)	Encuesta a 8.206 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población /año manifestó eventos adversos (enfermedad, daño o empeoramiento)

[2] Adverse events and the National Health Service: an economic perspective. Health Economics Research Centre Department of Public Health University of Oxford. Noviembre 2003.

## 2.2. INICIATIVAS INTERNACIONALES

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Resolución 55.18 (2002) reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema "primero no hacer daño" estableció en su **Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (2005)**, un conjunto de estrategias centradas en:

<b>Desafío global en seguridad del paciente</b>
<b>Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad</b>
<b>Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente</b>
<b>Investigación en seguridad de pacientes</b>
<b>Soluciones para reducir el riesgo de la asistencia sanitaria y mejorar su seguridad</b>
<b>Informar y aprender para mejorar la seguridad de los pacientes</b>

En Inglaterra el Instituto Nacional de Salud por medio de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) definió los **7 pasos claves** para conseguir una organización sanitaria más segura :

<b>Paso 1</b>	Crear una cultura de seguridad abierta y justa
<b>Paso 2</b>	Dirigir y apoyar a los profesionales
<b>Paso 3</b>	Sistemas de gestión del riesgo
<b>Paso 4</b>	Promover y facilitar la notificación
<b>Paso 5</b>	Implicar e informar al paciente
<b>Paso 6</b>	Aprender y compartir lecciones sobre seguridad
<b>Paso 7</b>	Implantar soluciones para prevenir daños

El Comité Europeo de la Sanidad (CDSP) en el informe "**La prevención de los eventos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico**", hace una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención sanitaria, considerando, que el acceso a la atención sanitaria segura es un derecho básico de cada uno de los ciudadanos de todos los Estados miembros y que pacientes

y ciudadanos tienen derecho a recibir y a tener fácil acceso a información pertinente sobre la seguridad de la atención sanitaria en un formato y un lenguaje que puedan comprender. Estas recomendaciones son:

---

**a) Asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, en especial como uno de los fundamentos de las políticas de mejora de la calidad.**

---

**b) Elaborar un marco político en materia de seguridad del paciente que sea coherente y completo y que:**

---

- promueva una cultura de la seguridad en todos los niveles de la atención sanitaria
  - aborde el diseño de sistemas sanitarios para la seguridad del paciente con carácter proactivo y preventivo
  - sitúe a la seguridad del paciente en una posición de prioridad del liderazgo y la gestión
  - ponga de relieve la importancia de aprender de la experiencia habida en los incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- 

**c) Elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, con las siguientes características y funcionalidades:**

---

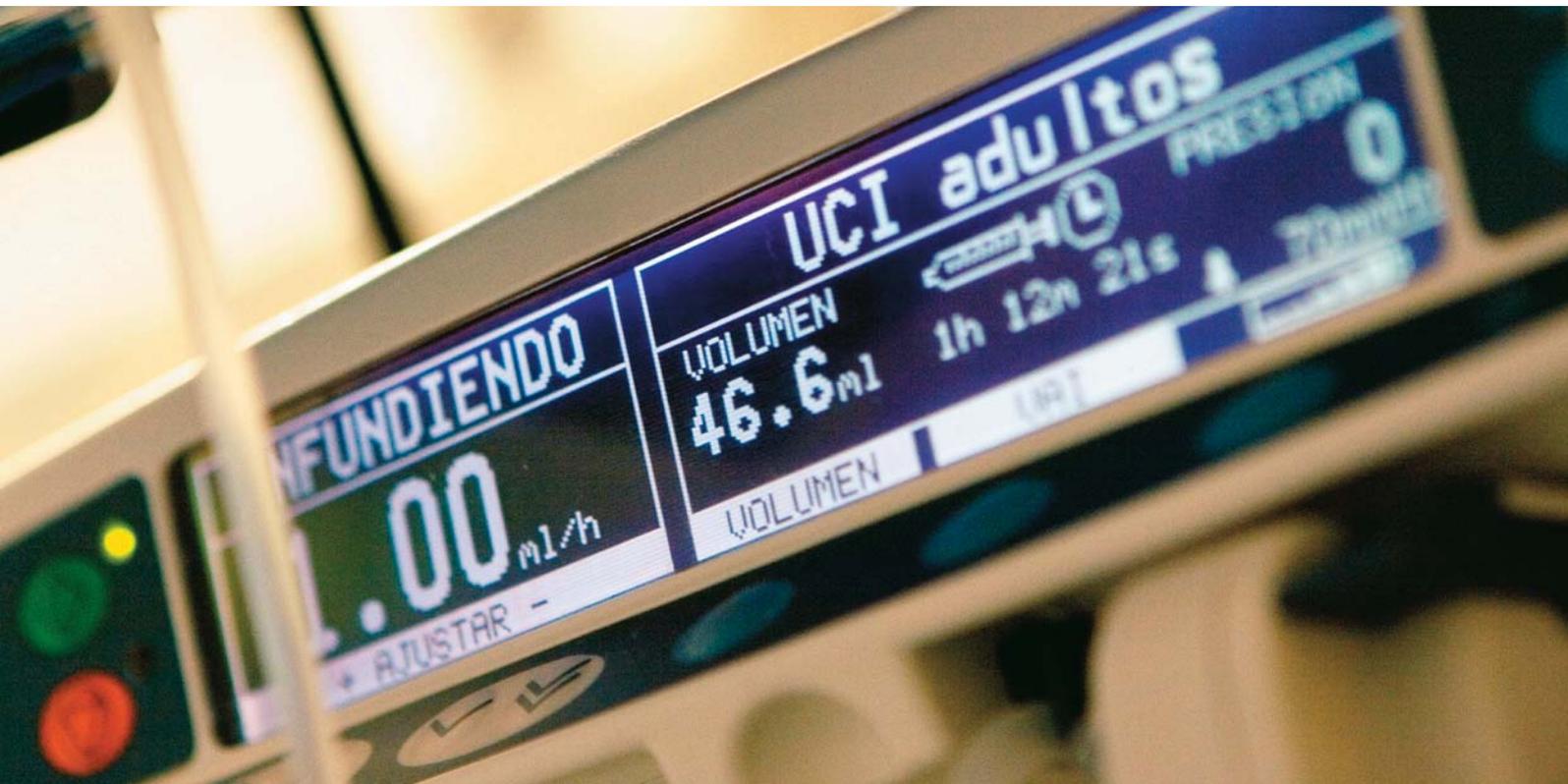
- no punitivo y equitativo en sus objetivos
  - independiente de los procesos de regulación
  - que ofrezca a los proveedores de atención sanitaria y al personal sanitario condiciones que faciliten la comunicación de los incidentes de seguridad (voluntariedad, anonimato, confidencialidad)
  - que garantice la agrupación y analice las comunicaciones de EA en el nivel local, regional o nacional
  - que involucre tanto al sector público como al privado
  - que facilite la implicación de los pacientes y sus familiares en todos los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, incluida la comunicación de incidentes
- 

**d) Examinar la función de otras fuentes de datos existentes, tales como las quejas de los pacientes y los sistemas de indemnización a los pacientes, las bases de datos clínicos, etc., como fuentes complementarias de información.**

---

**e) Elaborar programas de educación para todo el personal sanitario, con el fin de mejorar la comprensión de los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente.**

---



---

**f) Cooperar en el plano internacional para construir una plataforma de intercambio de experiencias y aprendizaje en aspectos de la seguridad de la atención sanitaria, incluidos:**

---

- el diseño proactivo de sistemas de atención sanitaria seguros
- la comunicación de los incidentes de seguridad del paciente y el aprendizaje a partir de los mismos y del proceso de su comunicación
- métodos de normalización de los procesos de atención sanitaria
- métodos de identificación y gestión de riesgos
- elaboración de indicadores de seguridad del paciente normalizados
- elaboración de una nomenclatura/taxonomía normalizada en materia de seguridad del paciente y procesos de atención

---

**g) Promover la investigación sobre la seguridad del paciente.**

---

### 2.3. INICIATIVAS NACIONALES

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una línea de trabajo estratégica en seguridad de pacientes que está en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por la OMS (Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes) y con las recomendaciones de distintos organismos europeos competentes. Con carácter de estrategia global y en coordinación con las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), pretende su desarrollo en el conjunto de instituciones del SNS.



Fruto de las mismas, se viene contando con una dotación económica que permite realizar una serie de proyectos dirigidos a:

---

**a) Estudio de incidencia de EA.**

---

- Estudio nacional sobre los EA ligados a la hospitalización, coordinado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández de Alicante
- Estudio de ámbito autonómico cuya coordinación técnica está en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), con la misma metodología que el estudio nacional

En ambos caso se pretende:

- Estimar la incidencia de EA y de pacientes que los experimentan
- Describir sus causas inmediatas
- Evaluar su evitabilidad
- Valorar su impacto en términos de incapacidad, éxitus y/o prolongación de la estancia

---

**b) Sistema de información integral para la gestión de la prevención de acontecimientos adversos en pacientes hospitalizados.**

---

- Efectos adversos causados por medicamentos
- Efectos adversos en la transfusión de hemoderivados
- Infección Nosocomial
- Caídas de pacientes
- Extubaciones no planeadas

---

**c) Formación de profesionales y técnicos.**

---

---

**d) Sistemas de identificación inequívoca de pacientes ingresados.**

---

---

**e) Bioseguridad de los profesionales y minimización de infecciones nosocomiales.**

---

---

**f) Seguridad en la administración de medicamentos de alto riesgo en bombas de infusión.**

---

---

**g) Análisis y mejora de los sistemas de extracción.**

---



## > análisis de situación

---

+ Existen limitaciones importantes para conocer la situación de partida en que se encuentra un sistema sanitario concreto en relación con la seguridad clínica. Éstas son debidas fundamentalmente a la escasa integración de los actuales sistemas de información, al hecho de no disponer de una terminología común que permita la identificación y medida de EA y a la escasa implantación de sistemas de notificación. Todos estos aspectos se traducen en un desarrollo desigual de elementos vinculados a una cultura de seguridad entre profesionales y ciudadanía.

### 3.1. PUNTOS CRÍTICOS DETECTADOS

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo convocó un taller de expertos en Madrid (febrero 2005), con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España, así como detectar puntos críticos y proponer actuaciones. Los aspectos identificados se relacionan con:

---

**ausencia de cultura de seguridad y calidad**

---

**ausencia de información y sistemas de registro y análisis de incidentes**

---

**resistencia y débil compromiso entre los distintos colectivos profesionales**

---

**falta de incorporación de rutinas de gestión de riesgos en la gestión global de la asistencia sanitaria**

---

### 3.2. ESTUDIO ANDALUZ SOBRE EVENTOS ADVERSOS LIGADOS A LA HOSPITALIZACIÓN

En el año 2005 se llevó a cabo un Estudio de cohortes retrospectivo con el objetivo de evaluar la incidencia de EA ligados a la hospitalización en los hospitales públicos de Andalucía, en el que se describen los factores asociados a su aparición, su impacto en términos de incapacidad, éxitos y/o prolongación de la estancia y su evitabilidad.

Para ello se estudiaron, a partir de las historias clínicas, todas las hospitalizaciones cuyas altas se produjeron durante una semana (4-10 de junio de 2005) en una muestra de 6 hospitales públicos de Andalucía, representativos según su tamaño (grandes, medianos y pequeños). Los sujetos a estudio fueron aquellos pacientes ingresados más de 24 horas y que hubieran sido dados de alta a lo largo de la semana elegida para la recogida de datos.

Se definió como alerta de EA, aquellas hospitalizaciones en las que la evaluación inicial (cribado) fue positiva para alguno de los criterios de probabilidad de que se presente un EA y como EA aquella lesión o complica-

ción asociada a la asistencia sanitaria, más que a la enfermedad o a las propias características del paciente.

La recogida de datos se realizó en dos fases: la primera de cribado, en la que todas las historias clínicas muestreadas fueron evaluadas por un grupo de enfermeras de cada hospital previamente entrenadas para tal fin, utilizando un instrumento de cribado definido (Guía para el cribado de efectos adversos, adaptada del estudio de Harvard) y la segunda, de evaluación y confirmación de EA, realizada por médicos especialistas en Medicina Interna y en Cirugía General, mediante un Cuestionario Modular para revisión retrospectiva de casos (MRF2) que consta de 5 módulos que exploran diferentes aspectos relacionados con el EA (identificación del EA, descripción del mismo, circunstancias en las que ocurrió, particularidades de las mismas, causalidad y evitabilidad).

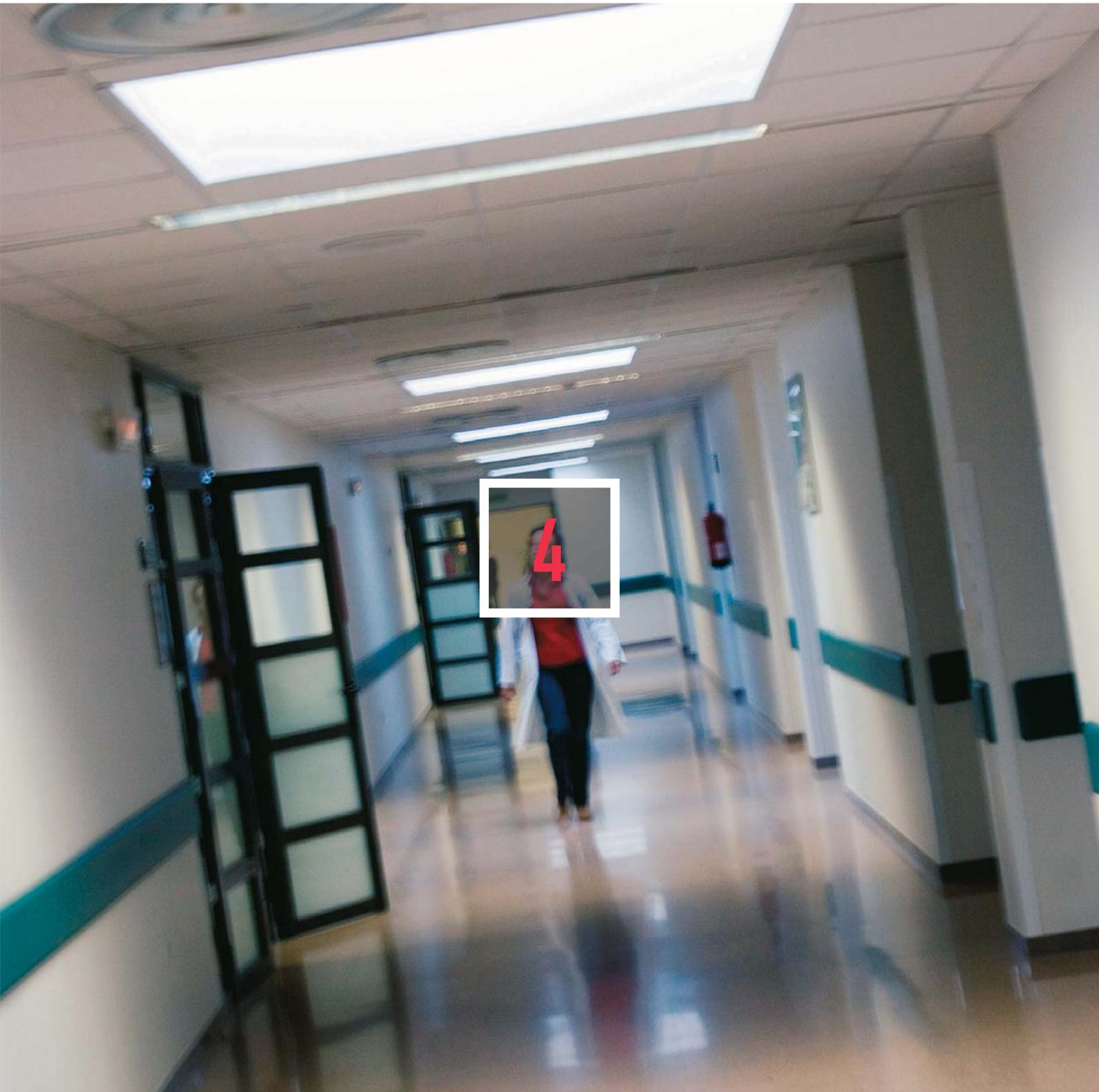
### 3.2.1. Resumen de los Principales Resultados

- 
- La incidencia global de EA ligados a la hospitalización (EAh) en la población hospitalizada fue de 6,93%. Por servicio de ingreso, la incidencia en servicios médicos (7,87%) es mayor que en los quirúrgicos (6%).
- 
- En el ámbito quirúrgico, la mayoría de EAh están relacionados con complicaciones en la herida (20,45%). En servicios médicos, la principal causa de EAh son los relacionados con reacciones adversas a medicamentos (28,75%).
- 
- Las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con EAh son de tipo cardiovascular (20,34%), otras comorbilidades (13,98 %), y endocrinas (12,29%).
- 
- La incidencia mayor de los EAh se produce durante los cuidados en hospitalización (38,35%) y en el procedimiento principal (cirugía y anestesia) (33,08%).
- 
- Existen diferencias significativas entre la población con EAh y sin EA según edad, duración de la estancia y presencia de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos. No hay diferencias significativas en cuanto al sexo, el servicio de ingreso ni el tipo de hospital.
- 
- La presencia de factores de riesgo intrínsecos o extrínsecos, mayor edad y más duración de la estancia hospitalaria se encontraron relacionadas con la presencia de EAh.
- 
- El 53,63% de los EA produjeron una prolongación de la estancia hospitalaria, en forma de prolongación de la misma o de reingresos.
- 
- El 39,66% de los EA detectados causaron algún tipo de incapacidad, siendo, por lo general, ésta, una incapacidad social leve.
- 
- Los episodios de hospitalización expuestos a EA mostraron un riesgo 7,37 veces mayor de éxitus que los no expuestos a EA.
-

- 
- El 25,6% de los EAh identificados en la población a estudio se consideraron evitables, presentándose con mayor frecuencia en mujeres y ocasionando un mayor número de días de hospitalización.
- 

### 3.2.2. Conclusiones

- 
- La incidencia de EAh en el SSPA es del 6,93%, con una evitabilidad del 25,6%. La relevancia de estos resultados radica en que se han obtenido a partir de una muestra representativa y se ha desarrollado con una metodología común, que está siendo aplicada a nivel nacional (ENEAS).
  - La incidencia de EA en la literatura oscila entre 2,9% en el estudio de Utah-Colorado (Thomas, 2000) y 16,6% en Australia (Wilson, 1995). Esta variabilidad puede deberse a la diferente amplitud de la definición operativa de EA utilizada en los distintos estudios.
  - La prolongación de la estancia asociada al EA es de 3,9 días adicionales, notablemente inferior a la de estudios anteriores, que imputan al EA entre 6,7 y 8,4 días adicionales de estancia (Classen, 1997).
  - La incidencia de éxitus en los pacientes con EA fue del 8,78 frente al 1,3 en los pacientes sin EA. El análisis de la asociación entre EA y éxitus no permite valorar la relación causal.
  - La tipificación de los EAh es coincidente con resultados anteriores, siendo entre los EA quirúrgicos los más frecuentes, aquellos asociados a infección de la herida quirúrgica, y entre los médicos los asociados al uso de medicamentos.
  - Contamos con un punto de partida sobre el que basar el diseño de estudios futuros en el ámbito de nuestra comunidad, permitiendo evaluar el efecto que, las distintas iniciativas que se desarrollen en materia de seguridad clínica, pueden tener sobre la incidencia de EA, así como, realizar comparaciones de ámbito autonómico, nacional e internacional.
  - Los EA se identifican cumplimentando dos formularios a partir de la información recogida en las historias clínicas, y en ocasiones no toda la información necesaria para identificar y tipificar el EA está disponible en la misma, con lo cual la incidencia obtenida podría estar infravalorada. El estudio encontró un 77,4% de informes adecuados para juzgar un EA. Por su beneficio potencial en múltiples vertientes, deben fomentarse y reconocerse de manera expresa, todas aquellas iniciativas para mejorar la calidad de la información recogida en las historias clínicas, ya que es una de las principales dificultades para este tipo de estudios.
  - La información disponible sobre EA procede clásicamente de los hospitales, por lo que es prioritario diseñar estudios de incidencia de EA en Atención Primaria (AP) a tenor del volumen de actuaciones que se llevan a cabo en este nivel asistencial.
-



## > objetivos y líneas de acción

---

+ Las políticas de seguridad que se están desarrollando y aplicando en diferentes países, tal como se ha expuesto anteriormente, parten de contextos teóricos comunes. De igual modo, el liderazgo en seguridad se viene ejerciendo por un grupo limitado de organismos internacionales y países, generándose propuestas de actuación similares. En este contexto, el desarrollo adecuado de políticas de seguridad debe apoyarse en elementos de cooperación y coordinación de carácter transnacional.

La seguridad entendida como componente crítico de la calidad y responsabilidad del sistema, exige que autoridades sanitarias, directivos, profesionales sanitarios y ciudadanos, establezcan alianzas para conseguir progresivamente mayores niveles de seguridad en la prestación de servicios. Desde una visión sistémica, la seguridad emerge de la interacción entre los distintos componentes del sistema y no puede depositarse en un servicio, departamento o profesional determinados.

El objetivo general de la Estrategia para la Seguridad del Paciente es mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Para ello, la Estrategia de Seguridad incorpora dos elementos claves, la transición del paciente como elemento pasivo a elemento activo que participa en su asistencia, contribuyendo a minimizar el riesgo de que aparezcan EA; y el abordaje integral, definiendo el hilo conductor en la secuencia habitual de un proceso asistencial. Se configura, de este modo, como un conjunto de procesos agrupados en tres categorías: estratégicos, de soporte y operativos.

Los **procesos estratégicos** están generalmente vinculados al ámbito directivo, son desarrollados por distintas estructuras centrales y requieren una ejecución mantenida y prolongada en el tiempo hasta conseguir los efectos esperados. Su objetivo en este contexto, es definir la política de seguridad y afianzar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la gestión activa de riesgos como dimensión esencial de la calidad. Pertenecen a esta categoría los procesos relacionados con la gestión de la calidad y del conocimiento, que favorecen la incorporación de objetivos de seguridad en los contratos de gestión de los diferentes centros sanitarios, en la formación, investigación en seguridad, etc.

Los **procesos de soporte** son los que permiten un desarrollo adecuado de los operativos, en este caso son los generadores de cultura de seguridad y están orientados en dos líneas complementarias de trabajo, una, es el desarrollo de la capacidad de conocer, analizar y comunicar los posibles incidentes que se producen, aprender

de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de que vuelvan a producirse; y otra, la promoción de la implicación del paciente y persona cuidadora como agentes activos, en todos los aspectos relacionados con la seguridad. Pertenecen a esta categoría los procesos relacionados con la Notificación, Sistemas de Información, Observatorio de Seguridad y con la implicación de pacientes y personas cuidadoras.

Los **procesos operativos** son los relacionados con la atención al paciente. El analizar las distintas etapas del proceso asistencial permite vincular a cada una de ellas medidas efectivas para evitar los riesgos que le son propios (prácticas, procedimientos, productos o sistemas inadecuados). Entre estas medidas se identifican algunas existentes con otras a desarrollar. Este enfoque integra la seguridad de nuestras actuaciones alrededor de la asistencia al paciente como factor intrínseco a la propia práctica clínica, y facilita la extensión de buenas prácticas en seguridad de pacientes acordes con el conocimiento científico disponible. En esta categoría se incluyen por tanto los procesos relacionados con el contacto inicial del paciente con el sistema, valoración del paciente y persona cuidadora, asistencia y alta o continuidad asistencial.

**FIGURA 1 / MAPA DE PROCESOS**



Para cada uno de los tres procesos (estratégicos, operativos y de soporte) se proponen objetivos específicos y líneas de acción.

## 4.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS

La seguridad de los pacientes debe ser un elemento central en la política de mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Es necesario garantizar un enfoque preciso y directo en las organizaciones sanitarias sobre los aspectos relacionados con los EA y su prevención.

Se propone un modelo de gestión de la seguridad de los pacientes en los centros, servicios y unidades, con el fin de favorecer que sus estructuras organizativas contribuyan a conseguir el objetivo de esta apuesta por la mejora en la seguridad: implantar sistemas seguros que eviten los errores.

Esta propuesta va dirigida a orientar la gestión de los recursos hacia la creación de centros seguros, con implicación de todos los profesionales y niveles asistenciales, utilizando las estructuras y los elementos de la organización ya existentes, incorporando las experiencias de gestión de calidad (gestión clínica, gestión por procesos, gestión por competencias), y su desarrollo en el modelo de acreditación y en la carrera profesional.

Es una orientación estratégica y una apuesta decidida de la organización que recoge las propuestas del II Plan de Calidad, que se verán reflejadas en los Contratos de Gestión de los Hospitales y Distritos.

### 4.1.1. Gestión de la calidad asistencial

El abordaje de la prevención del riesgo y detección de incidencias de sucesos adversos se debe integrar en los instrumentos y herramientas de gestión del cambio de las prácticas profesionales ya existentes dentro del SSPA.

#### > **Objetivos específicos**

**1) Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes**

#### **Líneas de acción:**

**1a.** El liderazgo es un factor fundamental para propiciar un adecuado abordaje de la seguridad del paciente en cada ámbito del SSPA. Los líderes potenciarán la incorporación de estrategias para la seguridad del paciente, a través de las comisiones interniveles existentes que desarrollan los acuerdos de colaboración entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, como un aspecto más de la calidad. Las

Direcciones de Distrito y Gerencias de Hospitales y de Área, serán las garantes de las acciones que se desarrollen en cada centro, servicio o unidad. Las comisiones desarrollarán las siguientes funciones:

- Promover la elaboración de planes de seguridad para cada unidad asistencial (centros, servicios y unidades de gestión clínica).
- Coordinar el diseño y aplicación de los planes de seguridad, estableciendo los contenidos y el abordaje metodológico, que como mínimo deberán incorporar los siguientes aspectos:
  - Protocolo de actuación y análisis en caso de detección de un evento.
  - Análisis de riesgos potenciales.
  - Actuaciones para prevenir errores detectados.
- Evaluar y garantizar la cohesión de los distintos planes de seguridad del centro con objeto de poder integrar la información.
- Favorecer la notificación de incidentes y eventos.
- Análisis de datos:
  - Estudio retrospectivo de aquellas historias clínicas en las que se detecten alertas para EA.
  - Analizar los resultados globales en el ámbito local, valorando tendencias, permitiendo la comparación con nuestro entorno.
- Detectar necesidades de formación e investigación.
- Ser vehículo de comunicación posibilitando el intercambio de conocimiento.
- Revisión anual del plan.

## **2) Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión**

### **Líneas de acción:**

**2a.** Incorporar los objetivos de seguridad del paciente en los contratos programa Consejería de Salud /Servicio Andaluz de Salud, y de éstos con sus centros sanitarios.

**2b.**La Dirección de cada área, hospital o distrito fijará los objetivos en materia de seguridad con cada unidad asistencial (centros, unidades de gestión clínica, servicios).

### **3) Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible**

Posibilitar la gestión de los riesgos de forma descentralizada, horizontal y flexible donde las responsabilidades sean compartidas por gestores y clínicos, impulsando los nuevos modelos organizativos basados en la gestión por procesos y la gestión clínica.

#### **Líneas de acción:**

**3a.**Incorporar la estrategia de seguridad del paciente en los acuerdos de gestión clínica:

- Se incorporarán los aspectos de seguridad en los acuerdos para UGC, tanto de atención primaria como en los específicos de cada especialidad dentro de la atención hospitalaria.
- Incorporación de objetivos de seguridad anuales vinculados a incentivos en los acuerdos de cada centro con sus unidades de gestión clínica.

**3b.**Los grupos de referencia autonómicos de procesos asistenciales definirán aquellos puntos de buena práctica relacionados con la seguridad del paciente.

### **4) Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía**

#### **Líneas de acción:**

**4a.**Incorporación de los criterios y estándares referentes a la seguridad de los pacientes en el funcionamiento habitual de los centros.

#### **4.1.2. Formación**

La reducción y prevención de los incidentes de seguridad del paciente requiere que los profesionales sanitarios tengan la capacidad de analizar sus procesos de decisión y de hacer frente a situaciones problemáticas que puedan surgir en sus actividades diarias.

Los programas de estudios y formación de todos los profesionales deben incluir conocimientos básicos para la toma de decisiones clínicas, así como para la comunicación y prevención de los riesgos.

La formación continua debe contribuir a conformar una cultura de la seguridad en la atención sanitaria, alentando un cambio de actitudes.

### > **Objetivos específicos**

#### **5) Plan de formación**

Elaborar y poner en marcha un plan de formación que permita la adquisición por los profesionales de los conocimientos, habilidades y actitudes en aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

#### **Líneas de acción:**

**5a.** Desarrollar los planes de formación en materia de seguridad teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- **Priorización de profesionales que inicialmente accederán a la formación en función de su perfil profesional:**
  - Integrantes de las comisiones en las que se aborde la seguridad del paciente.
  - Responsables de centros, servicios y unidades clínicas.
  - Profesionales de los servicios o unidades con mayor número de factores de riesgo identificados en la seguridad del paciente y personal de mantenimiento de equipos e instalaciones.
  - Colectivos de farmacéuticos (colaboración con los colegios de Farmacéuticos) para la seguridad en el uso de fármacos, potenciando la implicación de los pacientes.
  - Profesionales implicados en la prevención de infecciones hospitalarias, y en el fomento de la participación activa de pacientes y usuarios.
  
- **Proveedores de formación:**
  - Incorporar en la oferta formativa de los proveedores de formación (EASP, IAVANTE...), módulos para la adquisición, por parte de los profesionales, de conocimientos, habilidades y actitudes en los aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
  - Establecer convenios con Universidades y Sociedades Científicas.
  - Incorporar los contenidos en seguridad del paciente en los programas de formación sanitaria (pre y postgrado).

- **Contenidos básicos de la formación:**
  - Concepto de prevención. Mapa de riesgos.
  - Seguridad de instalaciones y de equipamiento electromédico.
  - Metodología para el análisis y la prevención de los EA.
  - Iniciativas de difusión de las prácticas seguras y alertas clínicas.
  - Identificación de actitudes y conductas que facilitan la comunicación del riesgo.
  - Autoaprendizaje sobre gestión del riesgo y prevención de EA.
  - Formación en técnicas de comunicación de EA a pacientes y familiares.
  - Monitorización. Indicadores centinela.

### 4.1.3. Investigación

La investigación aplicada en materia de seguridad del paciente es un componente esencial para la elaboración y aplicación de una política eficaz de seguridad.

Uno de los aspectos claves para conocer la magnitud de los EA y desarrollar actuaciones para evitarlos, es conocer su incidencia en AP y AH. La investigación, por tanto, debe enfocarse desde un principio de manera global para que los estudios incluyan todos los ámbitos y modalidades de atención: métodos de estimación de la magnitud de EA, herramientas de valoración del impacto, factores humanos implicados en los EA, errores de comunicación, identificación de factores de riesgo del paciente y evaluación de la efectividad de distintas intervenciones.

#### > **Objetivos específicos**

#### **6) Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente**

Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente en todos los ámbitos y modalidad de atención para conocer la magnitud, impacto y evitabilidad de los EA.

#### **Líneas de acción:**

**6a.** Entre las áreas cuya inclusión debe considerarse en un programa de investigación se proponen las siguientes:

- Investigación sobre las metodologías más idóneas para la estimación periódica de la magnitud de

EA. Para ello es necesario definir un conjunto de indicadores que nos orienten en los resultados alcanzados y tendencias respecto a los objetivos de seguridad propuestos.

- Desarrollo de herramientas de valoración del impacto de los EA que disminuyan el componente subjetivo que tienen en la actualidad. Las diferencias obtenidas en los diferentes estudios en la estimación del impacto de los EA sobre pacientes, en términos de incapacidad, estancias y éxitos, justifican su interés.
- Investigación sobre los factores humanos implicados en el error, así como la influencia que el entorno de trabajo tiene en su contribución.
- Detectar los errores de comunicación entre profesionales y pacientes/personas cuidadoras, evaluando sus causas. El origen de una parte importante de los errores se relaciona con problemas en la comunicación e información entre los profesionales y el paciente y las personas cuidadoras.
- Identificación de factores de riesgo del paciente relacionados con una mayor probabilidad de sufrir un EA.
- Evaluar las distintas herramientas o intervenciones para dar información y estimular la participación activa de pacientes y ciudadanos. Uno de los aspectos claves en la prevención de errores es determinar razonablemente hasta donde debe llegar el nivel de implicación de los pacientes/personas cuidadoras en su seguridad.
- Estudios de simulación y pruebas piloto a pequeña escala para identificar intervenciones potencialmente eficaces para mejorar la seguridad del paciente.
- Evaluación de la efectividad de las intervenciones para mejorar la seguridad del paciente, así como de los efectos secundarios imprevistos de dichas intervenciones.
- Desarrollo e introducción de instrumentos que promuevan la prevención de los efectos adversos.
- Potenciar el desarrollo específico de la investigación en seguridad dentro de AP dado el desconocimiento actual de la magnitud del problema. El elevado número de actuaciones que se realizan, su gran variedad, los distintos contextos de atención (centro de salud, domicilio, vía pública..) nos orientan a que los EA pueden tener una alta incidencia e importantes repercusiones.

## 4.2. PROCESOS DE SOPORTE

Los procesos de soporte son los generadores de cultura de seguridad, que hacen referencia a un grupo de estrategias (implicación de pacientes y personas cuidadoras, notificación, sistemas de información y Observatorio de Seguridad), en ocasiones normalizadas a modo de herramientas metodológicas, que pretenden, no sólo, la detección de EA y su registro sistemático, sino también el análisis de la información recogida y la transformación de esta información en conocimiento útil para conseguir la mejora continua de la organización.

La seguridad es un valor propiedad del sistema, no es responsabilidad de un individuo, de ahí la necesidad de pasar de una cultura centrada en el quién, hacia una orientada en el por qué. Hay que evaluar el clima de seguridad de la organización y tomarlo como punto de referencia para el diseño de estrategias dirigidas a crear cultura de seguridad.

Los gestores de las organizaciones sanitarias tienen que establecer un entorno en el que toda la organización aprenda de los incidentes de seguridad y en el que se aliente al personal a comunicarlos.

Un enfoque sistémico es el mejor modo de abordar la seguridad del paciente. Es necesario aceptar que se cometen errores, que los procesos y los equipos fallan. Por tanto, los sistemas deben diseñarse y mantenerse de modo que se reduzca, tanto como sea razonablemente posible, la probabilidad de que se causen daños al paciente. El abordaje de un EA dentro de una organización debe de hacerse desde una perspectiva de responsabilidad compartida entre el profesional y la organización.

### 4.2.1. Implicación del paciente y persona cuidadora

Todos jugamos un papel importante en la consecución de una asistencia sanitaria segura (profesionales, gestores, usuarios). Los pacientes deben tener un papel activo en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.

En este sentido, uno de los retos que marca la OMS dentro de sus áreas de acción en relación con la seguridad de los pacientes, es su participación. La "Declaración de Londres: pacientes por la seguridad clínica" (enero de 2006), establece una serie de compromisos de colaboración y requerimientos a los sistemas sanitarios en términos de lealtad, seguridad y transparencia para reducir los errores en la atención sanitaria como un derecho fundamental para proteger la vida.

Otra iniciativa de participación es la campaña "Hable" (Speak up) en la que se incide sobre el derecho del

paciente a preguntar para saber y estar informado sobre su diagnóstico, pruebas, tratamiento (medicamentos que toma y por qué) y cuidados que recibe, a que pida a un familiar o amigo que vele por sus intereses, a participar en todas las decisiones que afecten a su salud y a confiar en proveedores sanitarios que se sometan a un proceso de autoevaluación riguroso en estándares de seguridad.

Existen diversas iniciativas que fomentan la implicación de los ciudadanos sobre algunos aspectos de seguridad relacionados con la medicación, como el folleto de ISMP-OCU “Cómo utilizar sus medicamentos de forma segura” o “Los medicamentos y usted: algunas recomendaciones para usarlos adecuadamente y con seguridad” (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía).

### > **Objetivo específico**

#### **7) Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora**

Es importante la implicación del paciente y de las personas cuidadoras como miembros activos en la mejora de su seguridad, informándose e implicándose en sus cuidados, y tomando parte activa en las decisiones sobre su tratamiento.

#### **Líneas de acción:**

- 7a.** Recomendar al paciente que se informe sobre su problema de salud (opciones terapéuticas, riesgos y beneficios asociados) y pregunte sobre lo que no entienda.
- 7b.** Promover que el paciente involucre a un miembro de su familia o amigo, que conozca su problema de salud, para que le acompañe a sus citas y le ayude a hacer preguntas, a entender instrucciones y a hacer que sus preferencias sean escuchadas.
- 7c.** Informarle sobre los procedimientos, exámenes o intervenciones quirúrgicas que se le proponen para que participen en la decisión.
- 7d.** Asegurar el uso y la correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.
- 7e.** Proporcionar al paciente un documento actualizado, en el que se incluyan aspectos relacionados con sus problemas de salud, alergias y tratamientos prescritos.

#### 4.2.2. Sistemas de información

La información es un elemento fundamental del sistema sanitario, ya que es la base para que se pueda llevar a cabo la planificación, la gestión o la investigación.

Disponemos de información procedente de diferentes sistemas que permiten, no sin ciertas dificultades, conocer diversos aspectos de la Seguridad del Paciente:

- Análisis de la morbimortalidad por las comisiones correspondientes y resultados de necropsias pueden identificar EA ligados a diagnósticos erróneos o patologías no diagnosticadas.
- Análisis de los datos suministrados por distintos sistemas de información (CMBD, Infecciones Nosocomiales, Hemovigilancia, Farmacovigilancia...).
- Análisis de la información proporcionada por la Red de Alerta de Salud Pública en relación con los siguientes tipos de alertas: por medicamentos, productos sanitarios, por brote nosocomial, por incidentes relacionados con la donación, preparación o transfusión de sangre o hemoderivados, por mal funcionamiento de instalaciones o aparataje de los centros sanitarios y por sucesos centinelas que generen alarma social.
- Análisis de reclamaciones efectuadas por los usuarios en su relación con el sistema, así como de las reclamaciones patrimoniales por mal funcionamiento de los servicios sanitarios, las cuales permiten conocer los errores producidos y sus consecuencias.
- Sistemas de notificación de errores que pueden detectar errores latentes y permiten conocer como evolucionan a lo largo del tiempo.
- Análisis de datos administrativos, que están disponibles para su uso inmediato.
- Revisión de historias, que es una de las fuentes comúnmente utilizada, dada su disponibilidad.
- Registros médicos informáticos que permiten la monitorización en tiempo real e integrar múltiples fuentes de datos.
- Observación directa de cómo se prestan los cuidados, que es potencialmente exacta y precisa, al proporcionar datos que no están disponibles y detectar más errores que otros métodos.

Los mayores inconvenientes que presentan algunos de los métodos mencionados anteriormente, están relacionados con la presencia de sesgos propios de los análisis retrospectivos, la ausencia de datos estandarizados y la diferente calidad del registro.

La definición de objetivos y la propuesta de indicadores para los distintos procesos que conforman la Estrategia para la Seguridad del Paciente pone de evidencia la necesidad de disponer de un sistema de información integrado que a partir de una colección de datos estructurada, recopile, elabore y distribuya la información necesaria para la gestión y toma de decisiones en Seguridad. Aún cuando su definición constituye un área de investigación preferente, esta Estrategia se apoya en la información suministrada por los sistemas de vigilancia actuales, entre los que se encuentran los Sistemas de Farmacovigilancia, Hemovigilancia, Vigilancia de Infecciones Nosocomiales y Red de Alerta y propone la puesta en marcha de sistemas específicos orientados a la monitorización de EAs y a su prevención (Notificación).

A nivel internacional existen propuestas de monitorización de indicadores de calidad y seguridad del paciente. La AHRQ americana ha desarrollado los PSIs (Patient Safety Indicators: indicadores de seguridad de los pacientes) como herramienta para ayudar a identificar los potenciales acontecimientos adversos que ocurren durante la hospitalización y los acontecimientos adversos tras cirugía, procedimientos hospitalarios y parto (**Anexo I**).

La Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD), elaboró un informe sobre los indicadores de seguridad del paciente (**Anexo II**), que podría constituir la mejor forma de evaluar la misma de un modo continuo. Se seleccionaron un total de 21 indicadores de la seguridad, que miden los incidentes de seguridad del paciente en hospitales e incluyen sólo medidas centradas en resultados clínicos específicos.

### > **Objetivo específico**

**8) Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA**

#### **Líneas de acción:**

**8a.** Identificación de los indicadores de seguridad existentes en los sistemas de información del SSPA, tanto en Atención Hospitalaria como en Atención Primaria.

**8b.** Incorporar en la historia digital de salud los soportes que permitan la obtención de los indicadores contemplados en la Estrategia para la Seguridad.

8c. Facilitar la recogida en la historia digital de salud de datos relacionados con los EA, identificando diagnósticos y procedimientos relacionados con los mismos.

### 4.2.3. Notificación

La necesidad de incorporar aspectos de promoción y prevención en seguridad de pacientes ha generado el desarrollo progresivo de distintas herramientas con una finalidad común: mejorar el conocimiento sobre el modo en que se producen los problemas de seguridad y entender sus causas para aprender de ellos y poder evitarlos. Entre ellas destacan los sistemas de registro y notificación de EA. El objetivo primario de un sistema de comunicación de incidentes es mejorar la seguridad del paciente aprendiendo de los EA que se producen.

La detección de errores asistenciales se ha realizado, como se expuso anteriormente, a través de diversos métodos. Un número muy importante de estudios sobre errores médicos han utilizado revisiones retrospectivas de historias para cuantificar la frecuencia de EA. Aunque la obtención de datos de esta forma produce una importante información epidemiológica, es costosa y es de poco valor potencial para determinar las estrategias para reducir los errores. Además, la revisión de historias sólo detecta EA documentados y a menudo la información capturada no contempla sus causas. Errores importantes que no producen daño son indetectables por este método. Dada la limitada disponibilidad de sofisticados sistemas informáticos clínicos y la gran cantidad de recursos necesarios para obtener una revisión detallada de historias, los sistemas de notificación de incidentes constituyen un medio importante y relativamente barato para obtener datos sobre EA en la asistencia.

El mayor efecto sobre la mejora de la seguridad y la calidad se genera localmente, cuando la institución utiliza la comunicación de los incidentes de seguridad del paciente en el marco de un sistema continuo de mejora de la seguridad y la calidad. La comunicación y recopilación de datos sobre los incidentes sólo tiene sentido si los datos son sometidos a análisis y evaluados, y si se proporciona información a los profesionales involucrados en el incidente y a todas las demás personas que puedan aprender del mismo.

Una de las herramientas utilizadas para la evaluación de los problemas de seguridad es el Análisis de las Causas Raíz (Root Cause Analysis -RCA-), que permite preguntarnos de un modo estructurado y objetivo el "qué", "cómo" y "por qué" ha ocurrido el evento. El objetivo del RCA es investigar y evidenciar todos los factores que han contribuido al incidente relacionado con la seguridad del paciente y el resultado un plan de acción que identifica las medidas que la organización tiene que implementar para reducir el riesgo de que

eventos similares puedan ocurrir en el futuro. El análisis identifica los cambios necesarios en los procesos que mejoran el nivel de la práctica y reducen el riesgo de un determinado evento.

Las experiencias existentes orientan hacia el desarrollo y mantenimiento de un sistema de notificación, dirigido a que los profesionales mejoren la seguridad del paciente, que abarque todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo, abierto para el paciente y las personas cuidadoras, útil para la prevención y el aprendizaje. El requisito de apertura y equidad pone de relieve la necesidad de que existan políticas de ámbito local que describan el modo en que la organización va a gestionar los incidentes.

Un sistema de notificación implica definir el procedimiento, el método de análisis del evento, tiempos de respuesta, las acciones preventivas que eviten que vuelva a producirse y asegurar que el personal es informado de las medidas que se han tomado.

Una de las dificultades que plantean los sistemas de notificación es la ausencia de una taxonomía común en seguridad del paciente. La OMS tiene previsto impulsar un programa de taxonomía de la seguridad del paciente, con el propósito de armonizar conceptos, principios, normas y términos utilizados para trabajar sobre el tema.

### > **Objetivo específico**

#### **9) Desarrollar y mantener un sistema de notificación**

El sistema de notificación estará dirigido a la mejora de la seguridad del paciente, abarcando todos los niveles y áreas de prestación, con carácter voluntario, anónimo, confidencial, no punitivo y abierto para el paciente y las personas cuidadoras.

#### **Líneas de acción:**

**9a.** Facilitar la progresiva puesta en marcha en los centros sanitarios de un sistema de notificación interno ante situaciones en las que se pudo producir un daño al paciente pero que finalmente, no ocurrió (incidente) o ante eventos no esperados que tienen como resultado la producción de lesiones físicas o psicológicas de distinta gravedad a un paciente.

**9b.** Se desarrollará un formato de notificación único para la comunicación de todos los incidentes.

#### 4.2.4. Observatorio de seguridad del paciente

Aunque la notificación de incidentes es fundamental para conocer la seguridad del paciente, por sí sola no nos proporciona un panorama global sobre los factores que producen o podrían producir daños al paciente. La focalización en la notificación de incidentes como única fuente de información nos mostraría una visión parcial del problema. Los hallazgos por la notificación de incidentes deben considerarse uno más entre un amplio rango de datos e información obtenidos por diversas fuentes, como las incluidas en la literatura científica, opiniones de expertos clínicos, revisiones de historias clínicas, estadísticas de los episodios hospitalarios, certificados médicos de defunción, reclamaciones, evaluación prospectiva de riesgos, estudios de indicadores sobre seguridad del paciente, investigaciones de tipo observacional, información confidencial, audit y revisiones de organizaciones sanitarias.

La importancia del Observatorio es que permite conocer cada una de las fuentes de información y sobre qué aspectos de seguridad enfocan sus datos y por tanto, proporciona una amplia información sobre la seguridad del paciente. Debe recoger tanto la notificación de eventos, como las acciones de mejora o buenas prácticas, con un claro enfoque a compartir experiencias, facilitar la formación, crear cultura y prevenir situaciones.

El objetivo fundamental del Observatorio es orientar al SSPA en la prestación de una asistencia cada vez más segura, mediante la cuantificación, caracterización y propuesta de los objetivos de seguridad del paciente en función de las tendencias detectadas.

##### > **Objetivo específico**

#### **10) Disponer de un Observatorio de Seguridad**

Su fin es poner a disposición de la organización el conocimiento generado por sus profesionales (notificación, acciones de mejora o buenas prácticas) y el procedente de otras organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros.

##### **Líneas de acción:**

**10a.** Recopilar y analizar los datos necesarios para conocer de forma rutinaria los problemas en la seguridad de los cuidados sanitarios a los pacientes, por qué ocurren y asegurar que las medidas preventivas adecuadas son desarrolladas.

- 10b.** Identificar grupos de interés representativos de las distintas organizaciones que dispongan de información relevante sobre la seguridad del paciente y establecer alianzas.
- 10c.** Difundir buenas prácticas en seguridad de pacientes integrando información proveniente de diferentes agencias e instituciones y elaborando alertas propias.
- 10d.** Integrar la información disponible en seguridad de pacientes, para ofrecerla a los profesionales y a la ciudadanía.



### 4.3. PROCESOS OPERATIVOS

Sin duda la mejora de diferentes aspectos de la práctica asistencial, iniciada hace algunas décadas, está influyendo también en la mejora de la seguridad y la minimización de los EA. Si bien, la seguridad del paciente es el objetivo último, éste sólo puede conseguirse creando entornos de atención sanitaria más seguros durante todo el “trayecto” del paciente por el sistema sanitario. En este sentido son fundamentales las iniciativas que mejoran el acceso a la información de que debe disponer cada profesional para asegurar una correcta toma de decisiones.

Los procesos operativos son los que están en contacto con el paciente. A partir de una secuencia asistencial genérica pueden establecerse las siguientes fases: contacto con el sistema, valoración del paciente y persona cuidadora, asistencia y alta o continuidad asistencial. Cada una de estas fases permiten identificar aspectos críticos de seguridad y desarrollar buenas prácticas, entendidas éstas como “estructuras y actividades cuya implantación o realización reduce la probabilidad de tener un suceso adverso debido a la exposición a determinados procedimientos y condiciones del sistema sanitario”.



La AHRQ en el informe número 43: “Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices” realiza una revisión crítica de las evidencias existentes sobre prácticas relevantes en la mejora de la seguridad del paciente, identificando un conjunto de once prácticas que disminuían los riesgos asociados a la hospitalización, cuidados críticos y urgencias.

En este documento se priorizan prácticas procedentes del informe de la AHRQ y de distintas organizaciones internacionales, que actualmente establecen las grandes líneas de actuación en esta materia. El carácter dinámico de las mismas inducirá a que se vayan incorporando iniciativas basadas en nuevas evidencias.

### 4.3.1. Contacto con el sistema

Un elemento inicial a considerar desde el punto de vista de seguridad es la garantía de acceso de los pacientes a los centros asistenciales, eliminando progresivamente las barreras arquitectónicas y señalizando adecuadamente los itinerarios posibles.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y complicaciones asociada a errores en la asistencia. Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a las complicaciones producidas por errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. Se ha observado una notable disminución en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes con el uso de un brazalete.

En nuestra comunidad están regulados los procedimientos de identificación del recién nacido desde el año 1998, mediante Resolución del SAS de 10 agosto, en desarrollo del Decreto 101/1995 de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso de nacimiento, pero es necesario avanzar hasta conseguir la identificación de todos los pacientes que acceden al SSPA.

#### > **Objetivos específicos**

##### **11) Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros**

###### **Líneas de acción**

**11a.** Todos los centros sanitarios analizarán de forma periódica sus instalaciones y entorno, para identificar y adecuar aquellos aspectos estructurales que dificulten la accesibilidad y el recorrido de los usuarios por el centro.

##### **12) Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA**

###### **Líneas de acción**

**12a.** Sistemas de identificación en Atención Primaria. Todos los ciudadanos atendidos en AP deben estar unívocamente identificados mediante, al menos, dos datos, siendo uno de ellos el NUHSA.

**12b.** Sistemas de identificación en Atención Hospitalaria. Todo paciente ingresado o atendido en servicios de cuidados críticos de urgencias, que tras el triaje sea identificado en un nivel de prioridad I, II o III, debe estar unívocamente identificado (brazalete identificativo con, al menos, dos códigos de identificación diferentes) de forma que nos permita conocer en todo momento datos de filiación y de usuario del sistema. Asegurar que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos a un paciente, se dispone de alguna de estas formas de identificación.

### **13) Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática**

#### **Líneas de acción**

**13a.** Definir la información necesaria para una completa identificación en asistencia telemática.

**13b.** Establecer un protocolo de confirmación de datos de identificación en la entrevista telefónica.



### 4.3.2. Valoración del paciente y persona cuidadora

En el estudio de evaluación de los EA ligados a la hospitalización en el SSPA se evaluaron aquellos factores que podían tener relación con la presentación de los mismos (**Anexo III**). La presentación de EA se asocia con mayor frecuencia a la presencia de comorbilidad (cardiovascular, endocrina, neurológica...) en el momento de la asistencia. En los pacientes con EAh, los factores de riesgo intrínsecos que se identifican con más frecuencia son hipertensión (21,60%) y neoplasia (13,58%), y entre los factores de riesgo extrínseco la presencia de catéter venoso periférico (35,93%) y la de sonda urinaria abierta (12,22%).

#### > **Objetivos específicos**

**14) En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente**

#### **Líneas de acción**

- 14a. Valoración e inclusión en la historia clínica de los riesgos identificados, intrínsecos y extrínsecos con objeto de conocer los pacientes más vulnerables.
- 14b. Identificación de pacientes de alto riesgo, especialmente: vulnerables por edad, con trastornos cognitivos, restricciones de movilidad, trastornos de la nutrición, alérgicos, con procesos oncológicos, en situación de cuidados paliativos, en soporte vital, pacientes con enfermedades infecto contagiosas y pacientes sometidos a diálisis o transfusión.

**15) Valoración de la persona cuidadora**

#### **Líneas de acción**

- 15a. Valoración de la persona cuidadora para dotarla de los conocimientos y habilidades necesarios para que pueda proporcionar cuidados seguros.

### 4.3.3 Asistencia

La seguridad del paciente depende de muchos factores, tales como la disponibilidad de un nivel de uso de material y equipos técnicos y medicamentos de alta calidad, establecimiento de procedimientos diag-

nósticos y terapéuticos normalizados (directrices de práctica clínica), reparto claro de tareas y responsabilidades, sistemas de información adecuados, documentación exacta, y buena comunicación, tanto entre los equipos e individuos encargados de prestar la atención sanitaria como con el paciente. La creación de unas condiciones y una atmósfera de trabajo adecuadas por medio de una correcta organización del trabajo, la reducción del estrés y la tensión, la aportación de condiciones sociales y sanitarias adecuadas y seguras a los trabajadores de los servicios sanitarios, y el aumento de la motivación reducen la importancia de los “factores humanos” en los incidentes de seguridad del paciente.

El Estudio Nacional de Efectos Adversos (Estudio ENEAS) nos muestra donde se encuentran las mayores oportunidades de mejora: efectos adversos por medicamentos, infecciones hospitalarias y efectos relacionados con la anestesia y la cirugía.



## > **Objetivos específicos**

### **16) Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos**

En el proceso asistencial, la prescripción de fármacos es la intervención sanitaria más frecuente en los países desarrollados. Los errores de medicación son la causa individual prevenible más común de EA tanto en pacientes hospitalizados como en el ámbito de la atención primaria, y han sido estudiados extensamente en una amplia variedad de organizaciones de atención sanitaria. La experiencia en estas organizaciones ha demostrado que la comunicación deficiente sobre órdenes en el tratamiento es responsable de al menos el 50% de los errores de medicación en el hospital, lo que supone como mínimo el 20% de los EA. La seguridad en el uso de los medicamentos abarca tanto las reacciones adversas a los medicamentos como los errores de medicación, si bien existe una clara distinción entre ambos ya que la farmacovigilancia está relacionada con la seguridad del producto, y los errores de medicación con la seguridad de los servicios sanitarios.

El SSPA viene aplicando desde hace más de una década el programa de uso racional del medicamento con el objetivo de que los pacientes dispongan de tratamientos farmacológicos efectivos y seguros para tratar sus enfermedades. El programa de uso racional del medicamento establece medidas encaminadas a mejorar la calidad y seguridad, contribuyendo a prevenir la aparición de problemas relacionados con los medicamentos. Entre los objetivos del programa se encuentra asegurar que los procesos de prescripción de fármacos minimicen el riesgo de errores de medicación, mediante:

- Impulso de la prescripción por “principio activo”
- Calificación de las novedades terapéuticas, según su aportación al conjunto de medicamentos ya existentes, en función del perfil de eficacia y seguridad (CADIME en colaboración con profesionales del SSPA).
- Monitorización de indicadores de prescripción de determinados grupos de fármacos, que nos orientan a la detección de desviaciones en el uso adecuado de los mismos (IBP, AINE, antidiabéticos orales, estatinas, IECA, diuréticos, antiagregantes plaquetarios).
- Implantación en AP de la Guía Terapéutica SEMFYC basada en la evidencia.
- Desarrollo de la “Guía Farmacoterapéutica de referencia para los Hospitales del SSPA”.

- Desarrollo e implantación de la prescripción electrónica (proyecto receta XXI).
- Establecimiento de protocolos terapéuticos conjuntos entre profesionales de AP y AH para las patologías cuyo diagnóstico pueda establecerse por ambos niveles.
- Implantación de un sistema eficiente y seguro de distribución de medicamentos basado en la dispensación por dosis unitarias en los hospitales (entre otras medidas recogidas en el Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales del SAS) .
- Colaboración con el Centro Andaluz de Farmacovigilancia en los programas de detección y notificación de los efectos adversos de los medicamentos.
- Sistema de información "FARMA" que permite la explotación de los datos de prescripción y conocer la evolución de los indicadores (perfil farmacoterapéutico).

### **Líneas de acción**

- 16a.** La prescripción médica, tanto en primaria como en especializada, así como las instrucciones de administración, deberán realizarse a través de sistemas informáticos que eviten las transcripciones manuales y sus consecuencias (error de interpretación).
- 16b.** Promover que el sistema de información para la prescripción electrónica incluya las guías y ayudas necesarias para detectar y evitar cualquier efecto iatrogénico relacionado con el uso de medicación (efectos adversos, interacciones, alertas farmacéuticas, etc.).
- 16c.** Implicación de los farmacéuticos en la información sobre el uso correcto de medicamentos, así como en la detección de errores en la prescripción y dispensación, detección de interacciones, seguimiento y control de la toma correcta de medicación.
- 16d.** Implantar en los centros sanitarios sistemas de envasado, etiquetado y revisión de caducidades correctos.
- 16e.** Utilización creciente de unidosis para la administración de medicamentos en todos los pacientes hospitalizados y preparación de la hoja de administración.

- 16f.** Atención a pacientes polimedicados y pacientes pluripatológicos de acuerdo a las recomendaciones de los procesos asistenciales.
- 16g.** En pacientes polimedicados, facilitarles un documento estandarizado y actualizable (a partir de DIRAYA), en el que se proporcione información sobre los aspectos esenciales para el uso seguro de los medicamentos (indicación, posología, duración y alergias medicamentosas).
- 16h.** Proporcionar información a los profesionales sobre las circunstancias y EA que pueden presentarse con mayor frecuencia en la asociación de fármacos para el tratamiento de las patologías más prevalentes, facilitando alternativas basadas en las evidencias disponibles.
- 16i.** Establecimiento de protocolos terapéuticos conjuntos entre profesionales de AP y AH, especialmente en medicamentos de riesgo.
- 16j.** Aplicación de medidas que aseguren el seguimiento de los procedimientos normalizados de trabajo establecidos para la administración de medicamentos:
- Formación sobre el modo más adecuado de administración de medicamentos.
  - Generar en los servicios de farmacia hospitalarios, hojas de administración de medicamentos informatizadas que incorporen toda la información necesaria (instrucciones sobre administración, advertencia sobre interacciones, etc.).
  - Contrastar la orden médica original con la hoja de administración de medicamentos.
  - Preparar correctamente el medicamento antes de administrarlo.
  - El cálculo de la dosis y velocidad de administración de medicamentos intravenosos de riesgo tiene que ser realizado y controlado por dos personas capacitadas y bajo la responsabilidad del servicio de farmacia.
  - Realizar dobles controles u otras comprobaciones previas a la administración y garantizar la correcta identificación del paciente.
  - No administrar medicamento sin tener la completa seguridad de que la dosis es la correcta.

#### 16k. Información al paciente /persona cuidadora:

- El paciente y las personas cuidadoras son una parte esencial en la prevención de errores de medicación. Debe existir acuerdo con el paciente para garantizar el cumplimiento terapéutico y conocer una serie de normas básicas que fomenten su implicación para aumentar la seguridad en el uso de la medicación:
  - Comprobar que el medicamento y la dosis del tratamiento que recibe habitualmente coinciden con las que le administran.
  - Preguntar al médico las dudas que puedan surgir sobre la medicación que le ha prescrito.
  - Solicitar información verbal y por escrito, siempre que se necesiten aclaraciones, para cumplir el tratamiento.
  - Llevar un registro actualizado de la medicación que toma (o administra, caso de ser cuidador) y que ha tomado con anterioridad: nombre comercial, principio activo, dosis, vía, fecha de inicio, motivo y posibles problemas relacionados.

#### 17) Prevenir la infección nosocomial

Según el estudio EPINE, la prevalencia de infección nosocomial en los hospitales españoles ha ido disminuyendo progresivamente, pasando de un 9,9% en 1990 a un 7,6% en el 2004, estabilizándose en los últimos cuatro años alrededor del 7%. El SAS en el año 2001, planteó la necesidad de crear un marco general de actuación con objetivos comunes a desarrollar progresivamente, elaborando el "Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales", al tiempo que se mantenían los programas u objetivos específicos de cada centro.

Dentro del Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales, iniciado en el 2002, en el que participan los Hospitales del SAS y Empresas Públicas, destacamos sus principales líneas:

- Propuesta de mínimos dentro del Sistema de Vigilancia de Infección Nosocomial (IN) en los centros hospitalarios (**Anexo IV**):
  - Estudio de prevalencia global de las IN.
  - Estudio de la incidencia de IN en Unidades de Cuidados intensivos.
  - Estudio de incidencia de la infección de localización quirúrgica.
  - Infección por microorganismos de especial interés o multirresistentes.
  - Estudio de resistencia y uso de antibiótico.

- Control de calidad de la información.
- Plan de formación.
- Medidas de control para la prevención de infecciones quirúrgicas.
- **Bioseguridad y minimización de infecciones nosocomiales:**
  - Mejoras estructurales para la aplicación de medidas de aislamiento en hospitales (habitaciones individuales y de aislamiento respiratorio, adaptación de espacios en urgencias).
  - Promoción de medidas de protección personal (adecuación de uso de mascarillas, guantes, batas y otros equipos de protección).
  - Formación (higiene de manos, uso racional antibióticos, prevención neumonías asociadas a ventilación mecánica, precauciones universales para el control de la infección).



## **Líneas de acción**

- 17a.** Fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes. Dotar de infraestructura y recursos necesarios (puntos de lavado, jabón, soluciones hidroalcohólicas, secamanos, guantes...), y su disponibilidad en AP y AH.
- 17b.** Diseño y aplicación de protocolos normalizados en la prevención y tratamiento de las principales causas de infecciones nosocomiales, dependiendo del ámbito de la asistencia.
- 17c.** Mejoras estructurales para la aplicación de medidas de aislamiento en hospitales.
- 17d.** Promoción de medidas de protección personal (adecuación de uso de mascarillas, guantes, batas y otros equipos de protección).
- 17e.** Formación (higiene de manos, uso racional antibióticos, prevención neumonías asociadas a ventilación mecánica, precauciones universales para el control de la infección).
- 17f.** Diseño de un protocolo de actuación con recomendaciones de higiene quirúrgica adecuadas, identificación de pacientes con riesgo de infección y medidas de profilaxis antibacteriana oportunas:
- Preparación del paciente quirúrgico.
  - Higiene del área quirúrgica (circuitos del personal).
  - Profilaxis con antimicrobianos en cirugía, cuando proceda.
  - Preparación específica para cirugía colorrectal.

## **18) Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados**

La sangre es un producto biológico con indicaciones terapéuticas no exento de EA. El proceso de la transfusión comprende: promoción, donación, procesamiento, conservación, almacenamiento, distribución, pruebas de compatibilidad, transfusión propiamente dicha y hemovigilancia. Su actividad está marcada por los constantes avances tecnológicos y científicos, pero deberían orientarse los esfuerzos a



mejorar el control de las indicaciones de la transfusión, disminuir los errores administrativos, reducir la incidencia y repercusión de la contaminación bacteriana, evaluar a efectividad del acto transfusional y monitorizar las reacciones adversas.

En el informe inglés, *Serious Hazards of Transfusion* (2003), que recopila datos sobre EA severos de la transfusión de sangre y hemoderivados, se describe que, en caso de error, la causa más frecuente es la administración incorrecta (75%). Se observaron errores en todos los pasos del proceso transfusional, siendo la identificación incorrecta de las muestras obtenidas de los pacientes y de los componentes sanguíneos las principales fuentes de error.

Mediante Resolución SC del SAS 683/03 de 11 de agosto 2003, se constituye y se pone en funcionamiento el Sistema de Hemovigilancia en los distintos centros del SSPA. Su finalidad es prevenir las complicaciones y reacciones adversas relacionadas con la donación y transfusión de sangre y componentes sanguíneos, mediante medidas de control individuales y colectivas, ya sea de forma inmediata o a medio y largo plazo, para lo cual identificará los problemas y sus determinantes, conociendo su distribución, tendencia y características de la población afectada.

## Líneas de acción

**18a.** Mejorar el control de las indicaciones de la transfusión.

**18b.** Identificación inequívoca del paciente receptor previa a la toma de muestras y previa a la transfusión de sangre y hemoderivados.

## **19) Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas**

El estudio de EA en cirugía ha adquirido especial relevancia por la frecuencia con la que se presentan y el impacto sanitario, económico y social que producen. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía están en relación con la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración), con la técnica (hemorragia, fístula o dehiscencia anastomótica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria), con las repercusiones sistémicas (infecciones respiratoria, urinaria o de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y fracasos orgánicos), fracaso quirúrgico y accidentes anestésicos. En España los estudios realizados sobre la actividad quirúrgica muestran una tasa de acontecimientos adversos que varía entre el 4,2 y el 8,5%.

A pesar de que muchos eventos relacionados con estos procedimientos son difíciles de evitar, se han ensayado acciones capaces de reducir algunos de ellos (checklist, identificación de pacientes de riesgo, etc.).

Aún cuando la cirugía en paciente distinto o en localización anatómica diferente, es una circunstancia que se produce raramente, constituye un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente por las posibles consecuencias devastadoras sobre el mismo, sino también por el gran impacto mediático y legal que origina.

## Líneas de acción

**19a.** Implantación de un sistema que evite la realización de intervenciones en paciente equivocado o localización anatómica diferente. Antes de iniciar cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico se llevará a cabo un proceso rutinario de verificación para confirmar que se trata del paciente, procedimiento y sitio correctos, mediante técnicas de comunicación activas:

- Verificación preoperatoria de persona, procedimiento y sitio quirúrgico.

- Marcar el sitio quirúrgico.
- Verificación en quirófano.

**19b.** Uso adecuado de profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a cirugía para prevenir la infección postoperatoria.

**19c.** Se implantarán protocolos centrados en el uso apropiado de anticoagulantes, para evitar la aparición de Trombo Embolismo Pulmonar / Trombosis Venosa Profunda, basado en la identificación de pacientes con riesgo de padecerlos e indicación de la profilaxis en cada caso.

**19d.** Valoración nutricional para asegurar una adecuada nutrición en pacientes con riesgo de déficit de nutrición.

**19e.** Incorporar una lista de comprobación en la planificación preoperatoria, que permita identificar pacientes con riesgo de sufrir EA como consecuencia de la anestesia.



## **20) Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas**

### **Líneas de acción**

**20a.** Incluir la valoración de riesgo de caídas en la valoración integral de los pacientes. En AH se recomienda la valoración en las primeras 24 horas.

**20b.** Impulsar la realización e implantación de protocolos de intervención adaptados al ámbito de actuación profesional y lugar de residencia de las personas.

## **21) Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito**

La ocurrencia de úlceras por decúbito es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y, a menudo, produce prolongación de la asistencia y aumento de costes sanitarios.

### **Líneas de acción**

**21a.** Impulsar el diseño e implantación de protocolos para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el tratamiento de las úlceras de decúbito con criterios unificados entre AP y AH.

**21b.** Proporcionar material de apoyo, adecuado y recomendado según la evidencia, para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el tratamiento de las úlceras de decúbito en el domicilio y AH.

## **22) Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas**

### **Líneas de acción**

**22a.** Prevenir los riesgos asociados a los pacientes sometidos a restricciones de movilidad por causa física o farmacológica, mediante intervenciones que incidan sobre los siguientes aspectos:

- Valoración del riesgo existente para el paciente, interviniendo precozmente con medidas alternativas a la restricción.

- Formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.
- Observación regular de los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada precoz de la contención.

## 23) Monitorización de las extubaciones no planeadas

### Líneas de acción

**23a.** Monitorización y pautas de actuación ante extubaciones no planeadas (accidentales y las producidas por el paciente) en el área de cuidados intensivos y en los pacientes del área de reanimación sometidos a aislamiento artificial de la vía aérea.



#### 4.3.4. Alta/ Continuidad asistencial

A través de estudios de cohortes prospectivos se conoce que la incidencia de EA durante la transición entre el alta hospitalaria y la atención ambulatoria es considerablemente elevada, ya que es un periodo de tiempo de alta vulnerabilidad en el que la capacidad funcional del paciente no se ha recuperado y se produce la discontinuidad de muchos tratamientos. El tipo de evento más común es la reacción adversa a medicamentos, siendo prevenibles un porcentaje elevado de los mismos.

##### > **Objetivo específico**

#### **24) Asegurar la continuidad asistencial**

##### **Líneas de acción**

**24a.** Planificación del alta desde el ingreso teniendo en cuenta los aspectos de información, educación y necesidades del paciente y de la persona cuidadora.

**24b.** Garantizar la transmisión de la información clínica entre niveles asistenciales para facilitar la evaluación precoz en AP tras el alta hospitalaria y periódicamente para seguimiento y control del paciente.

**24c.** Planes de cuidados con seguimiento telefónico (plan de telecontinuidad) a pacientes frágiles.

**24d.** Implicar e informar al paciente y persona cuidadora:

- Informar y educar sobre la pauta de tratamiento, los efectos colaterales y qué hacer ante problemas específicos que puedan aparecer.
- Cuando se detecte la necesidad de modificar el tratamiento, comprobar que el paciente comprende correctamente la nueva pauta instaurada.

> PROCESOS ESTRATÉGICOS

ÁMBITOS	OBJETIVOS
<b>Gestión de la calidad asistencial</b>	1) Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes. 2) Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión. 3) Gestión de los riesgos de forma descentralizada, horizontal y flexible. 4) Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía.
<b>Formación</b>	5) Plan de formación.
<b>Investigación</b>	6) Impulsar la investigación en materia de seguridad del paciente.

> PROCESOS DE SOPORTE

ÁMBITOS	OBJETIVOS
<b>Implicación del paciente y persona cuidadora</b>	7) Fomentar la implicación del paciente y de las personas cuidadoras.
<b>Sistemas de información</b>	8) Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EA.
<b>Notificación</b>	9) Desarrollar y mantener un sistema de notificación.
<b>Observatorio de seguridad del paciente</b>	10) Disponer de un Observatorio de Seguridad.

> PROCESOS OPERATIVOS

ÁMBITOS	OBJETIVOS
<b>Contacto con el sistema</b>	11) Disminuir barreras arquitectónicas y señalar adecuadamente los centros. 12) Identificación inequívoca de la ciudadanía que entre en contacto con el SSPA. 13) Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática.
<b>Valoración del paciente y persona cuidadora</b>	14) En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente. 15) Valoración de la persona cuidadora.
<b>Asistencia</b>	16) Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos. 17) Prevenir la infección nosocomial. 18) Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados. 19) Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas. 20) Establecer las medidas para la detección y actuación ante el riesgo de caídas. 21) Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito. 22) Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas. 23) Monitorización de las extubaciones no planeadas.
<b>Alta/ Continuidad asistencial</b>	24) Asegurar la continuidad asistencial.



## > evaluación y seguimiento

---

+ Para desarrollar la Estrategia para la Seguridad del Paciente es preciso desplegar los diferentes procesos que lo configuran, entendiendo que los ritmos de implantación difieren entre ellos y que algunas de las líneas de acción pueden ser instauradas de manera inmediata y otras requieren apoyarse en desarrollos previos.

Las propuestas que se recogen deben ser impulsadas y evaluadas por los órganos de dirección del SSPA, las que afectan a las acciones a desarrollar entre los niveles asistenciales AP-AH deben ser impulsadas por las comisiones interniveles y evaluadas por los órganos de dirección AP-AH y las correspondientes a acciones en el ámbito local deben ser impulsadas por los responsables de centros, servicios y unidades y evaluadas por los órganos de dirección.

Se propone inicialmente un conjunto de objetivos, vinculados a cada uno de los procesos de la Estrategia para la Seguridad, que permiten evaluar la seguridad del paciente de modo continuo, tanto para acreditar la mejora constante de la seguridad del paciente como para determinar cuándo se producen deficiencias en la misma.

La medición de los objetivos que se proponen a continuación, hará posible conocer su grado de desarrollo, permitiendo su actualización o modificación futuras, y utilizarlos como herramienta de gestión en los contratos con centros, servicios y unidades, así como el nivel de consecución del objetivo fundamental que es la disminución de EA, para lo cual se realizarán estudios autonómicos de carácter periódico que permitan conocer su tendencia.

### PROCESOS ESTRATÉGICOS

---

#### 1) Implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes:

---

- a) Comisión interniveles
- b) Planes de seguridad operativos

---

#### 2) Objetivos de seguridad del paciente incorporados en los contratos programa Consejería de Salud/SAS, y de éstos con sus centros sanitarios.

---

---

#### 3) Incorporar la gestión de los riesgos en el marco de los nuevos modelos organizativos basados en la gestión por procesos y la gestión clínica.

---

- 
- 4) Adaptación progresiva de los centros a los estándares de seguridad contemplados en el Modelo de Acreditación de Andalucía.
- 
- 5) Profesionales que participan en la oferta formativa sobre seguridad del paciente por categoría profesional.
- 
- 6) Proyectos de investigación sobre alguna de las líneas definidas en este documento, presentados en las distintas convocatorias anuales de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en ciencias de la salud, en relación al total de proyectos presentados.
- 

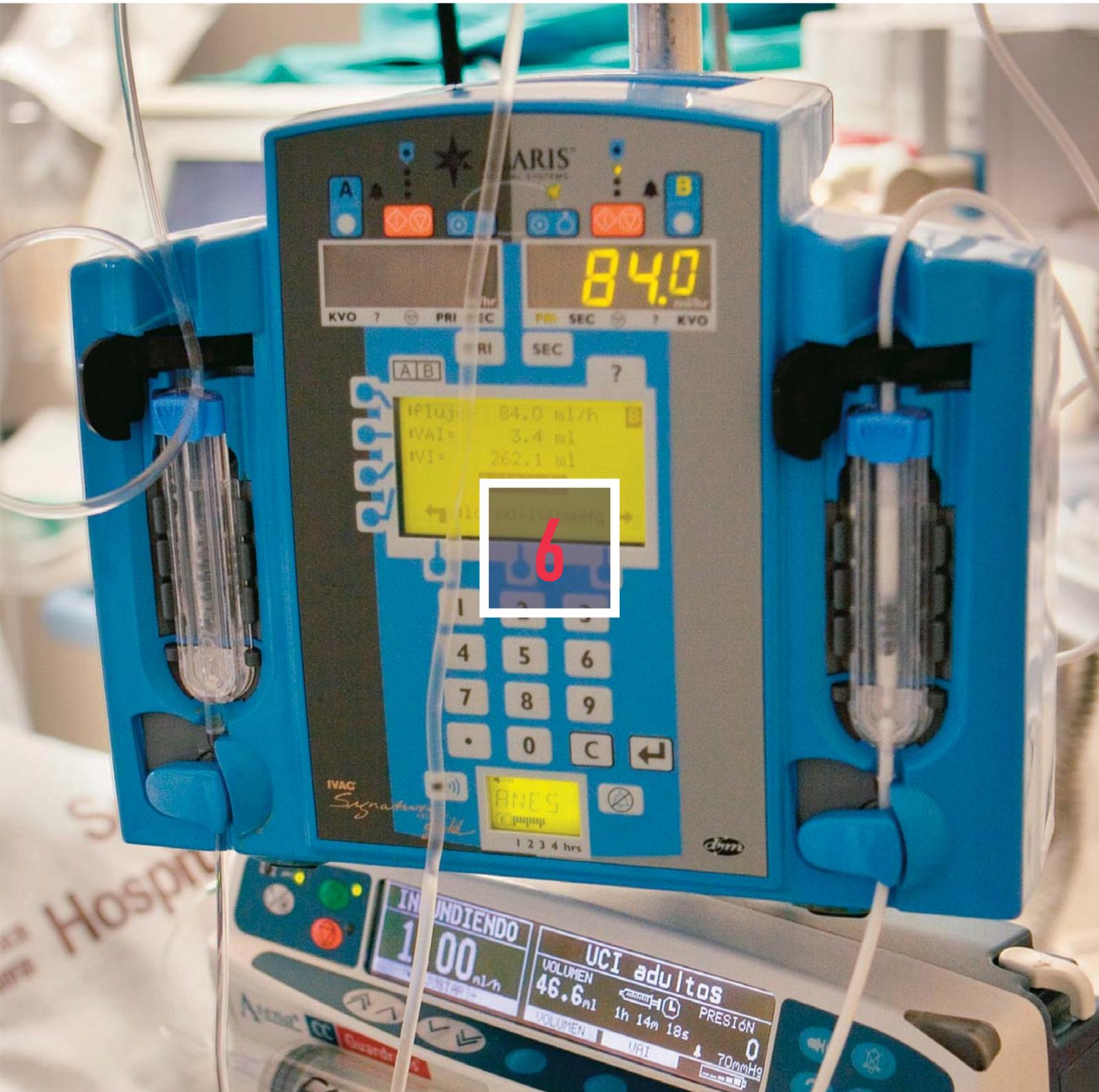
## PROCESOS DE SOPORTE

- 
- 7) Nivel de desarrollo del sistema de notificación voluntaria.
- 
- 8) Porcentaje de indicadores de seguridad del paciente monitorizados sobre el total de los propuestos.
- 
- 9) Mejora de la información al paciente y persona cuidadora:
- a) Recomendándole que se informe sobre su problema de salud
  - b) Que involucre a un miembro de su familia o amigo
  - c) Mediante un consentimiento informado e información clínica específica
  - d) Documento específico, proporcionado al paciente, en el que se incluyan aspectos relacionados con sus problemas de salud, alergias y tratamientos prescritos
- 
- 10) Desarrollo del Observatorio de Seguridad.
- 

## PROCESOS OPERATIVOS

- 
- 11) Actuaciones para disminuir barreras arquitectónicas y señalar adecuadamente los centros.
- 
- 12) Sistemas de identificación inequívoca de la ciudadanía que entre en contacto con el SSPA.
- 
- 13) Información necesaria para una completa y segura identificación en la asistencia telemática.
-

- 
- 14)** Identificación de los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente.
- 
- 15)** Valoración de la persona cuidadora para dotarla de los conocimientos y habilidades necesarios para que pueda proporcionar cuidados seguros.
- 
- 16)** Medidas adoptadas para prevenir errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos.
- 
- 17)** Actuaciones realizadas para prevenir la infección nosocomial.
- 
- 18)** Iniciativas para mejorar la indicación de transfusión de sangre y hemoderivados e identificación inequívoca del receptor.
- 
- 19)** Conjunto de medidas implantadas para mejorar la seguridad del paciente que va a ser sometido a intervención quirúrgica.
- 
- 20)** Protocolos de valoración e intervención ante el riesgo de caídas.
- 
- 21)** Protocolos y material de apoyo para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito.
- 
- 22)** Valoración, formación y observación continua para la retirada precoz de la contención en pacientes sometidos a restricción de la movilidad por causas mecánicas o farmacológicas.
- 
- 23)** Monitorización y pautas de actuación ante extubaciones no planeadas.
- 
- 24)** Asegurar la transmisión de la información clínica necesaria para proporcionar cuidados seguros cuando el paciente cambia de entorno.
-



6

INUNDIENDO  
1 00 ml/h

UCI adultos  
VOLUMEN 46.6ml  
VOLUMEN 1h 14m 18s  
PRESION 0 70mmHg

## > anexo I

### INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES OBTENIDOS DEL CMBDA

Estos indicadores propuestos por la AHRQ son un conjunto de medidas que pueden obtenerse del CMBD y que se pueden utilizar para evaluar y priorizar las iniciativas regionales o nacionales en la mejora de la seguridad de los pacientes. El análisis de estas fuentes administrativas y de otras similares, baratas y fácilmente disponibles, permiten investigar los potenciales errores médicos y monitorizar las tendencias a lo largo del tiempo. Se miden en dos niveles: el hospital y el área.

- > Los **indicadores de nivel hospitalario** proporcionan una medida de las complicaciones potencialmente evitables surgidas durante un episodio de hospitalización. Incluyen los casos donde un diagnóstico secundario identifica una complicación potencialmente evitable.
- > Los **indicadores de área** identifican todos los casos de complicaciones potencialmente evitables que ocurren en determinada área, tanto los que se producen durante la hospitalización como los que generan una hospitalización posterior. Están diseñados para incluir el diagnóstico principal y los secundarios como complicaciones de la asistencia. Este diseño añade los casos en los que el riesgo de complicación se generó durante otro episodio de hospitalización.



## > INDICADORES HOSPITALARIOS

1	Complicaciones de la anestesia
2	Mortalidad en GDRs de baja mortalidad
3	Úlcera de decúbito
4	Fracaso en el rescate
5	Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
6	Neumotórax iatrogénico
7	Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
8	Hematoma o hemorragia postoperatoria
9	Fractura de cadera postoperatoria
10	Desorden fisiológico y metabólico postoperatorio
11	Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatorios
12	Fallo respiratorio postoperatorio
13	Sepsis postoperatoria
14	Dehiscencia de herida postoperatoria
15	Punción/laceración accidental
16	Reacción transfusional
17	Traumatismo en el nacimiento - lesiones en el neonato
18	Trauma obstétrico en cesárea
19	Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado
20	Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

## > INDICADORES DE ÁREA

21	Cuerpo extraño olvidado durante un procedimiento
22	Neumotórax iatrogénico
23	Determinadas infecciones causadas por la asistencia sanitaria
24	Dehiscencia de herida postoperatoria
25	Punción/laceración accidental
26	Reacción transfusional

## > DEFINICIÓN DE INDICADORES HOSPITALARIOS

### 1. COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de sobredosis de anestesia, reacción o mala colocación del tubo endotraqueal por cada 1.000 altas quirúrgicas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con códigos diagnósticos CIE-9-MC de complicaciones de la anestesia en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas quirúrgicas definidas por GDRs específicos. Excluye a los pacientes con códigos de envenenamiento por anestésicos (E8551, 9681-4, 9687) y cualquier código diagnóstico de drogodependencia activa, o abuso de drogas activo en no drogodependientes o de autolesiones.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar los casos con un código de causa externa de lesiones (códigos E) y códigos de complicaciones por efectos adversos debidos a la administración de drogas terapéuticas, así como las sobredosis de agentes anestésicos utilizados ante todo en entornos terapéuticos.

### 2. MORTALIDAD EN GDRS DE BAJA MORTALIDAD

<b>DEFINICIÓN</b>	Muertes en el hospital por cada 1.000 pacientes con GDRs con mortalidad menor al 0.5%.
<b>NUMERADOR</b>	Altas de fallecidos por cada 1.000 pacientes en riesgo.
<b>DENOMINADOR</b>	Pacientes con GDRs con tasa de mortalidad inferior al 0.5%, basadas en los DRGs de baja mortalidad del NIS 1997. Si un GDR se divide en "sin/con complicaciones", ambos GDRs deben tener tasas de mortalidad por debajo del 0.5% para ser incluidos. Excluye los pacientes con cualquier código de traumatismo, inmunosupresión o cáncer.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar las muertes que ocurren en el hospital en pacientes con poca probabilidad de morir durante la hospitalización. La asunción subyacente es que cuando un paciente, que es ingresado por una enfermedad o por un procedimiento de muy baja mortalidad, muere, es probable que el responsable sea un error sanitario. Se excluye a los pacientes con traumatismos, con un estado inmunológico comprometido o con cáncer, ya que estos pacientes tienen una mayor mortalidad no-evitable.

### 3. ÚLCERA DE DECÚBITO

**DEFINICIÓN** Casos de úlcera de decúbito por cada 1.000 altas con una estancia media mayor de 4 días.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 7070 en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos.  
Incluye solo los pacientes con una estancia de 5 o más días.  
Excluye los pacientes en la CDM 9, o los pacientes con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía o tetraplejía.  
Excluye los pacientes obstetricos en la CDM 14.  
Excluye los pacientes que provienen admitidos de unidades de larga estancia.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de úlcera de decúbito en pacientes hospitalizados. Su definición se limita a las úlceras de decúbito que aparecen como un diagnóstico secundario para distinguirlas mejor de los casos que estaban presentes en el ingreso. Además, el indicador excluye a los pacientes que tienen una estancia de 4 días o menos, porque es improbable que una úlcera de decúbito se desarrolle en ese periodo de tiempo. Finalmente, este indicador excluye a los pacientes que son especialmente susceptibles a las úlceras de decúbito, es decir los pacientes con problemas importantes de la piel (CDM 9) y parálisis.

### 4. FRACASO EN EL RESCATE

**DEFINICIÓN** Muertes por cada 1.000 pacientes que han desarrollado determinadas complicaciones de la asistencia durante la hospitalización.

**NUMERADOR** Altas por éxitus por cada 1.000 pacientes en riesgo.

**DENOMINADOR** Altas con posibles complicaciones de la asistencia del listado de la definición de 'fracaso en el rescate' (i.e., neumonía, TVP/EP, sepsis, fracaso renal agudo, shock/paro cardiaco, o hemorragia GI/úlcera aguda). Criterios de exclusión propios de cada diagnóstico.  
Excluye pacientes de 75 o más años.  
Excluye pacientes neonatales en CDM 15.  
Excluye pacientes trasladados a una unidad de agudos.  
Excluye pacientes trasladados desde una unidad de agudos.  
Excluye pacientes ingresados desde una unidad de larga estancia.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los pacientes que mueren tras desarrollar una complicación. La asunción subyacente es que los buenos hospitales identifican estas complicaciones antes y las tratan más agresivamente. El fracaso en el rescate puede reflejar distintos aspectos de la calidad de la asistencia (efectividad en el rescate de un paciente de una complicación, versus la prevención de la complicación). El indicador incluye a los pacientes pediátricos. Es importante hacer notar que, más allá del periodo neonatal, los niños se recuperan mejor intrínsecamente del estrés fisiológico y por eso pueden tener tasas de rescate mayores.

## 5. CUERPO EXTRAÑO OLVIDADO DURANTE UN PROCEDIMIENTO

**DEFINICIÓN** Altas con un cuerpo extraño dejado dentro accidentalmente durante un procedimiento por cada 1.000 altas.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC de cuerpo extraño dejado dentro durante un procedimiento en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas médicas y quirúrgicas identificadas por determinados GDRs.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de cuerpo extraño dejado accidentalmente dentro de un paciente en una intervención.  
Se restringe a los casos que tienen un código diagnóstico o de procedimiento secundario.

## 6. NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO

**DEFINICIÓN** Casos de neumotórax iatrogénico por cada 1.000 altas.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 512.1 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas.  
Excluye todos los pacientes con cualquier diagnóstico de traumatismo.  
Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico que indique cirugía torácica o biopsia pulmonar o de pleura o que tenga asignado un GDR de cirugía cardíaca.  
Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de neumotórax causados por la asistencia médica. Incluye los casos de neumotórax iatrogénico que ocurren como un diagnóstico secundario durante la hospitalización.  
El neumotórax iatrogénico excluye todos los pacientes traumatológicos porque éstos son más susceptibles de sufrir un neumotórax iatrogénico no evitable o pueden estar mal codificados como neumotórax traumáticos. La menor complejidad de los niños puede aumentar la complejidad técnica de estos procedimientos en esta población (sin embargo, es menos probable que se lleven a cabo estos procedimientos en entornos sin monitorizar).

## 7. DETERMINADAS INFECCIONES CAUSADAS POR LA ASISTENCIA SANITARIA

**DEFINICIÓN** Casos de código CIE-9-MC 9993 o 99662 por cada 1.000 altas.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 9993 o 99662 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos. Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico de inmunosupresión o de cáncer.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de infección debida a la asistencia sanitaria, fundamentalmente los relacionados con las vías y catéteres intravenosos. Incluye los casos basados en diagnósticos secundarios asociados con el mismo episodio de hospitalización. Los pacientes con estados inmunocomprometidos (ej. SIDA, cáncer, trasplantes) se excluyen porque pueden ser más susceptibles a dichas infecciones. El indicador incluye a niños y neonatos. Se hace notar que los neonatos de alto riesgo tienen también alto riesgo de infección relacionada con el catéter.

## 8. HEMATOMA O HEMORRAGIA POSTOPERATORIA

**DEFINICIÓN** Casos de hematoma o hemorragia que requieren un procedimiento por cada 1.000 altas quirúrgicas.

**NUMERADOR** Altas con un código CIE-9-MC de hemorragia o hematoma postoperatorios en cualquier campo de diagnóstico secundario y un código de control de hemorragia postoperatoria o de drenaje de hematoma (respectivamente) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas. El código de procedimiento de control postoperatorio de hemorragia o hematoma debe ocurrir el mismo día o después del día del procedimiento principal.

*Nota: Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente superior que en el caso de que estuviera disponible.*

**DENOMINADOR** Todas las altas quirúrgicas definidas por determinados GDRs. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

**RESUMEN** El indicador pretende identificar los casos de hemorragia o hematoma que siguen a una intervención quirúrgica. Limita los códigos de hemorragia y hematoma a los códigos de procedimientos y diagnósticos secundarios, respectivamente, para aislar las hemorragias que realmente están ligadas a un procedimiento quirúrgico.

## 9. FRACTURA DE CADERA POSTOPERATORIA

**DEFINICIÓN** Casos de fractura de cadera en hospitalización por cada 1.000 altas quirúrgicas.

**NUMERADOR** Altas con un código CIE-9-MC de fractura de cadera en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.

**DENOMINADOR** Todas las altas quirúrgicas definidas por GDRs específicos.  
Excluye los pacientes con enfermedades y desórdenes del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo (CDM 8).  
Excluye los pacientes con código diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardíaco, daño por anoxia cerebral, envenenamiento, delirio u otras psicosis, y trauma.  
Excluye pacientes con cualquier diagnóstico de cáncer metastásico, enfermedades linfoides malignas, cáncer de huesos o autolesiones.  
Excluye pacientes obstétricos en CDM 14.  
Excluye pacientes de 17 años o menos.

**RESUMEN** El indicador pretende identificar los casos de fracturas en hospitalización, específicamente los de cadera. El indicador limita los códigos diagnósticos a los secundarios para eliminar las fracturas que estaban presentes al ingreso. También excluye los pacientes en la CDM 8 (desórdenes musculoesqueléticos) y pacientes con trauma, cáncer o diagnóstico principal de apoplejía, síncope, ictus, coma, paro cardíaco o envenenamiento, así como los pacientes que tienen una fractura al ingreso. El indicador se limita a los casos quirúrgicos ya que los análisis previos sugieren que estos códigos en pacientes médicos a menudo reflejan situaciones presentes al ingreso.



## 10. DESORDEN FISIOLÓGICO Y METABÓLICO POSTOPERATORIO

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de determinados desórdenes fisiológicos o metabólicos por cada 1.000 altas de cirugía programada.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de desorden fisiológico y metabólico en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada. Las altas con fallo renal agudo (subgrupo de desórdenes fisiológicos y metabólicos) se deben acompañar de un código de procedimiento de diálisis (3995, 5498).
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas definidas por el tipo de ingreso. Excluye pacientes que tengan un código de diagnóstico de cetoacidosis, hiperosmolaridad u otro coma (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de diabetes. Excluye pacientes con un código diagnóstico secundario de fallo renal agudo (subgrupo de códigos de desórdenes fisiológicos y metabólicos) junto a un diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio, arritmia cardíaca, paro cardíaco, shock, hemorragia o hemorragia GI. Excluye pacientes obstétricos en la CDM 14.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar los casos de complicaciones postoperatorias metabólicas o fisiológicas. La población en riesgo se limita a los pacientes con cirugía programada porque los pacientes no programados pueden desarrollar desórdenes menos evitables. Además, cada diagnóstico tiene exclusiones específicas para reducir el número de casos identificados con un diagnóstico presente al ingreso o con alta probabilidad de ser poco evitable.

## 11. EMBOLISMO PULMONAR O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA POSTOPERATORIOS

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) por cada 1.000 altas quirúrgicas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de embolismo pulmonar (EP) o trombosis venosa profunda (TVP) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas quirúrgicas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las alta quirúrgicas definidas por determinados GDRs. Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de trombosis venosa profunda. Excluye pacientes obstétricos en CDM 14. Excluye los pacientes con un código de procedimiento secundario 38.7 cuando este procedimiento ocurre el mismo día o con fecha anterior al día del procedimiento principal. <i>Nota: Si el día del procedimiento no está disponible en el registro, la tasa puede ser ligeramente inferior que si la información estuviera disponible.</i>
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar los casos de trombosis venosa y embolismo postoperatorios específicamente, el embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda. El indicador limita los códigos de las complicaciones vasculares a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar las complicaciones que ya estaban presentes al ingreso. Además, excluye a los pacientes que tienen un diagnóstico principal de TVP, porque es probable que estos pacientes tengan ya una EP-TVP al ingreso.

## 12. FALLO RESPIRATORIO POSTOPERATORIO

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de fallo respiratorio agudo por cada 1.000 altas quirúrgicas programadas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de fallo respiratorio agudo (518.81) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas (después de 1999, incluye 518.84).
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso. Excluye los pacientes con enfermedades respiratorias o circulatorias (CDM 4 y CDM 5). Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar los casos de fallo respiratorio postoperatorio. El indicador limita el código de fallo respiratorio a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar el fallo respiratorio que ya estaba presente al ingreso. Además, excluye a los pacientes que tengan enfermedades respiratorias o circulatorias graves y limita la población en riesgo a los pacientes de cirugía programada.

## 13. SEPSIS POSTOPERATORIA

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de sepsis por cada 1.000 pacientes de cirugía programada con una estancia superior a tres días.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC de sepsis en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas de cirugía programada.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas quirúrgicas programadas definidas por el tipo de ingreso. Excluye los pacientes con un diagnóstico principal de infección, cualquier código de inmunosupresión o cáncer. Incluye sólo los pacientes con cuatro días o más días de estancia. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.
<b>RESUMEN</b>	El indicador pretende monitorizar los casos de sepsis postoperatoria nosocomial. El indicador limita el código de sepsis a los códigos de los diagnósticos secundarios para eliminar la sepsis que ya estaba presente al ingreso. El indicador también excluye los pacientes que tienen un diagnóstico principal de infección, los pacientes con una estancia de menos de cuatro días y los pacientes en situación de inmunosupresión (SIDA, cáncer, trasplante).

#### 14. DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria por cada 1.000 casos de cirugía abdomino-pélvica.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria (5461) en cualquier campo de procedimiento secundario por cada 1.000 altas determinadas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas de cirugía abdomino-pélvica. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.
<b>RESUMEN</b>	El indicador pretende identificar los casos de dehiscencia de herida en pacientes a los que se les ha practicado cirugía abdominal y pélvica. Incluye los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados con el mismo ingreso.

#### 15. PUNCIÓN / LACERACIÓN ACCIDENTAL

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de dificultad técnica (corte accidental o laceración durante un procedimiento) por cada 1.000 altas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC que denote dificultad técnica (corte accidental, punción, perforación o laceración) en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos. Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de complicaciones que surgen por dificultades técnicas en la asistencia médica, específicamente aquellas que incluyen punción o laceración accidental.

#### 16. REACCIÓN TRANSFUSIONAL

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de reacción transfusional por cada 1.000 altas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de reacción transfusional en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de reacciones graves por transfusión (ABO y Rh). Incluyendo los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados al mismo ingreso.

## 17. TRAUMATISMO EN EL NACIMIENTO - LESIONES AL NEONATO

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de traumatismo en el nacimiento por cada 1.000 nacidos vivos.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC de trauma al nacimiento en cualquier campo diagnóstico por cada 1.000 nacidos vivos.
<b>DENOMINADOR</b>	Todos los nacidos vivos. Excluye los niños con hemorragia subdural o cerebral (subgrupo de códigos de trauma al nacimiento) y cualquier campo diagnóstico de pretérmino (peso al nacer de menos de 2.500 gramos y menos de 37 semanas de gestación ó 34 ó menos semanas de gestación). Excluye los niños con lesiones del esqueleto (767.3, 767.4) y cualquier código diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51).
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de traumatismo al nacimiento en los nacidos vivos en un hospital. Excluye los nacidos pretérmino, ya que el traumatismo al nacimiento en estos pacientes es menos evitable que en los nacimientos a término.

## 18. TRAUMA OBSTÉTRICO EN CESÁREA

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 cesáreas.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 cesáreas.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas con cesárea.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas evitables durante una cesárea.

## 19. TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL INSTRUMENTADO

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales instrumentados.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas con parto vaginal con cualquier código de procedimiento de parto instrumentado.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto vaginal instrumentado.

## 20. TRAUMA OBSTÉTRICO EN PARTO VAGINAL NO INSTRUMENTADO

<b>DEFINICIÓN</b>	Casos de traumatismo obstétrico (laceraciones de cuarto grado, otras laceraciones obstétricas) por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con un código CIE-9-MC de trauma obstétrico en cualquier campo diagnóstico o de procedimiento por cada 1.000 partos vaginales no instrumentados.
<b>DENOMINADOR</b>	Todas las altas con parto vaginal. Excluye los partos instrumentados.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende monitorizar los casos de traumas potencialmente evitables durante un parto vaginal no instrumentado.



### > DEFINICIÓN DE INDICADORES DE ÁREA

## 21. CUERPO EXTRAÑO OLVIDADO DURANTE UN PROCEDIMIENTO

<b>DEFINICIÓN</b>	Altas con un cuerpo extraño dejado dentro accidentalmente durante un procedimiento por 100.000 habitantes.
<b>NUMERADOR</b>	Altas con código CIE-9-MC de cuerpo extraño dejado dentro durante un procedimiento en cualquier campo diagnóstico principal o secundario de altas médicas y quirúrgicas identificadas por determinados GDRs.
<b>DENOMINADOR</b>	Población del área.
<b>RESUMEN</b>	Este indicador pretende identificar los casos de cuerpo extraño dejado accidentalmente dentro de un paciente en una intervención. Se define tanto a nivel del hospital (restringiendo los casos a los que tienen un código diagnóstico o de procedimiento secundario) como del área (incluyendo todos los casos).

## 22. NEUMOTÓRAX IATROGÉNICO

**DEFINICIÓN** Casos de neumotórax iatrogénico por 100.000 habitantes.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 512.1 en cualquier campo diagnóstico secundario por cada 1.000 altas. Excluye todos los pacientes con cualquier diagnóstico de traumatismo. Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico que indique cirugía torácica o biopsia pulmonar o de pleura o que tenga asignado un GDR de cirugía cardíaca. Excluye los pacientes obstétricos en la CDM 14.

**DENOMINADOR** Población del área.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de neumotórax causados por la asistencia médica. Incluye los casos de neumotórax iatrogénico que ocurren como un diagnóstico principal o secundario. El neumotórax iatrogénico excluye todos los pacientes traumatológicos porque éstos son más susceptibles de sufrir un neumotórax iatrogénico no evitable o pueden estar mal codificados como neumotórax traumáticos. La menor complejidad de los niños puede aumentar la complejidad técnica de estos procedimientos en esta población (sin embargo, es menos probable que se lleven a cabo estos procedimientos en entornos sin monitorizar).

## 23. DETERMINADAS INFECCIONES CAUSADAS POR LA ASISTENCIA SANITARIA

**DEFINICIÓN** Casos de código CIE-9-MC 9993 o 99662 por 100.000 habitantes.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC 9993 o 99662 en cualquier campo diagnóstico (principal o secundario) de altas médicas o quirúrgicas definidas por GDRs específicos. Excluye los pacientes con cualquier código diagnóstico de inmunosupresión o de cáncer.

**DENOMINADOR** Población del área.

**RESUMEN** Este indicador pretende identificar los casos de infección debida a la asistencia sanitaria, fundamentalmente los relacionados con las vías y catéteres intravenosos. Incluye todos los casos de dichas infecciones. Los pacientes con estados inmunocomprometidos (SIDA, cáncer, trasplantes) se excluyen porque pueden ser más susceptibles a dichas infecciones. El indicador incluye a niños y neonatos. Se hace notar que los neonatos de alto riesgo tienen también alto riesgo de infección relacionada con el catéter.

## 24. DEHISCENCIA DE HERIDA POSTOPERATORIA

**DEFINICIÓN** Casos de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria por cada 100.000 habitantes.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC de resutura de dehiscencia de la pared abdominal postoperatoria (5461) en cualquier campo de procedimiento (principal o secundario).  
Excluye los pacientes obstétricos en CDM 14.

**DENOMINADOR** Población del área.

**RESUMEN** El indicador pretende identificar los casos de dehiscencia de herida en pacientes a los que se les ha practicado cirugía abdominal y pélvica. Incluye todos los casos de dehiscencia de herida.

## 25. PUNCIÓN / LACERACIÓN ACCIDENTAL

**DEFINICIÓN** Casos de dificultad técnica (corte accidental o laceración durante un procedimiento) por cada 100.000 habitantes.

**NUMERADOR** Altas con un código CIE-9-MC que denote dificultad técnica (corte accidental, punción, perforación o laceración) en cualquier campo diagnóstico (principal o secundario).

**DENOMINADOR** Población del área.

**RESUMEN** Este indicador pretende monitorizar los casos de complicaciones que surgen por dificultades técnicas en la asistencia médica, específicamente aquellas que incluyen punción o laceración accidental.

## 26. REACCIÓN TRANSFUSIONAL

**DEFINICIÓN** Casos de reacción transfusional por cada 100.000 habitantes.

**NUMERADOR** Altas con código CIE-9-MC con código de reacción transfusional en cualquier campo diagnóstico (principal o secundario) de todas las altas médicas y quirúrgicas definidas por GDRs específicos.

**DENOMINADOR** Población del área.

**RESUMEN** Este indicador pretende monitorizar los casos de reacciones graves por transfusión (ABO y Rh). Está definido tanto a nivel de hospital (incluyendo los casos basados en los diagnósticos secundarios asociados al mismo ingreso) como a nivel del área (incluyendo todos los casos de reacciones transfusionales).

## > anexo II

### PROPUESTA DE INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTE (OECD)

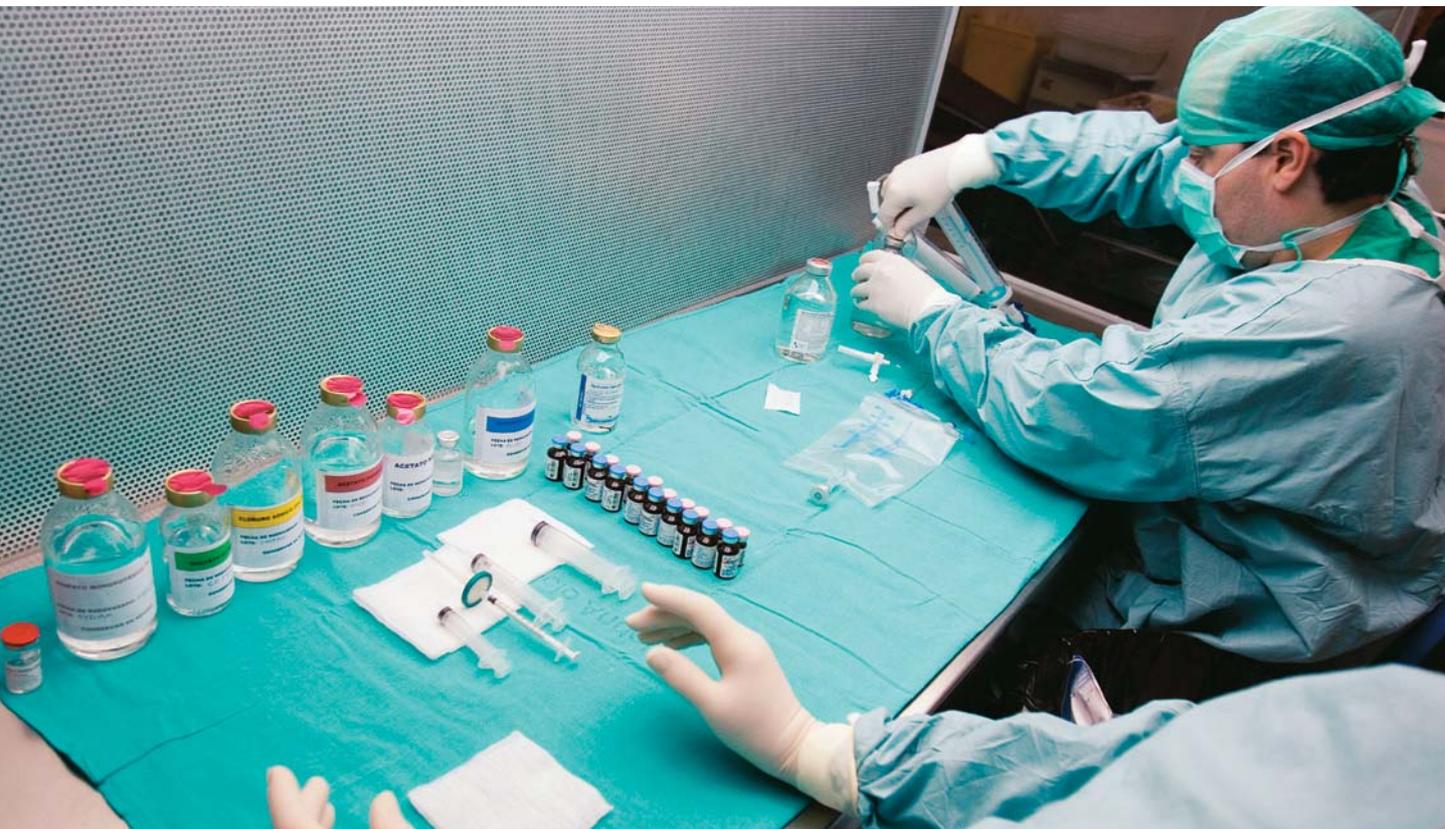
ÁREA	NOMBRE DEL INDICADOR
INFECCIONES NOSOCOMIALES	Neumonía ventilatoria
	Infecciones de heridas
	Infecciones iatrogénicas
	Úlceras de decúbito
COMPLICACIONES OPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS	Complicaciones anestésicas
	Fractura de cadera postoperatoria
	Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda postoperatoria
	Sepsis postoperatoria
	Dificultad técnica en el curso del procedimiento
ACONTECIMIENTOS CENTINELAS	Reacción transfusional
	Error de grupo sanguíneo
	Error de sitio operatorio
	Olvido de cuerpo extraño en cirugía
	Acontecimientos indeseables asociados al equipamiento
	Errores de medicación
OBSTÉTRICOS	Trauma neonatal
	Trauma obstétrico (eutócico)
	Trauma obstétrico (cesárea)
	Parto difícil
OTROS ACONTECIMIENTOS INDESEABLES	Caída del paciente en hospital
	Fractura de cadera en hospital

> anexo III

**FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON EAh Y SIN EAh**

FACTOR DE RIESGO	EAh		No EAh	
	N	%	N	%
<b>FR INTRÍNSECO</b>				
• Hipertensión	35	21,60	409	25,69
• Neoplasia	22	13,58	133	8,35
• Enfermedad coronaria	15	9,26	181	11,37
• Diabetes	15	9,26	235	14,76
• Insuficiencia cardiaca	10	6,17	120	7,54
• Insuficiencia renal	11	6,79	78	4,90
• Obesidad	9	5,56	101	6,34
• Coma	9	5,56	6	0,38
• Enfermedad pulmonar cronica	9	5,56	134	8,42
• Úlcera por presión	8	4,94	38	2,39
• Neutropenia	7	4,32	22	1,38
• Hipoalbuminemia	4	2,47	19	1,19
• Inmunodeficiencia	4	2,47	21	1,32
• Drogadicción	2	1,23	60	3,77
• Cirrosis hepática	2	1,23	23	1,44
• Malformaciones	0	0,00	12	0,75
<b>Número de FRI por paciente (DE)</b>	<b>1,44</b>	<b>1,45</b>		

FACTOR DE RIESGO	EAh		No EAh	
	N	%	N	%
<b>FR EXTRÍNSECO</b>				
• Catéter Venoso Periférico	97	35,93	1.412	63,92
• Sonda Urinaria Abierta	33	12,22	196	8,87
• Ventilación Mecánica	27	10,00	166	7,51
• Sonda Nasogástrica	26	9,63	72	3,26
• Sonda Urinaria Cerrada	26	9,63	133	6,02
• Catéter Venoso Central	20	7,41	34	1,54
• Terapia Inmunosupresora	13	4,81	65	2,94
• Nutrición Parenteral	9	3,33	19	0,86
• Nutrición Enteral	6	2,22	31	1,40
• Catéter Central de Inserción Periférica	5	1,85	43	1,95
• Catéter Arterial	4	1,48	23	1,04
• Catéter Umbilical (Vena)	2	0,74	5	0,23
• Traqueotomía	1	0,37	6	0,27
• Catéter Umbilical (Arteria)	1	0,37	4	0,18
<b>Número de FRE por paciente( DE)</b>	<b>2,41</b>	<b>1,67</b>		



> anexo IV

## INDICADORES BÁSICOS DEL PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

Estos indicadores se publican para el conjunto de hospitales del SAS y de Empresas Públicas. La publicación es anónima y permite a cada hospital identificarse, desconociendo la identidad de los otros.

### 1. Prevalencia de infección nosocomial global

- Prevalencia de infección nosocomial (%):  $\text{Número de infecciones} / \text{Número de pacientes ingresados} \times 100$ .
- Prevalencia global del uso de antimicrobianos (%):  $\text{Número de pacientes con antimicrobianos} / \text{Número de pacientes ingresados} \times 100$ .

---

## 2. Incidencia de IN en unidades de cuidados intensivos

---

- Incidencia global de infección nosocomial en UCI: Número de infecciones nosocomiales/ Número total de días de estancias x 1000.
- Densidad de incidencia de neumonías relacionadas con la ventilación mecánica: Número de neumonías detectadas en pacientes ventilados / Número total de días de ventilación mecánica en pacientes ingresados UCI x 1000.

---

## 3. Incidencia de infección nosocomial en el área quirúrgica para intervenciones de colon /recto y artroplastia de cadera

---

- Tasa de incidencia global cruda de pacientes con infección de localización quirúrgica<sup>[1]</sup> (%): Número de pacientes con infección de localización quirúrgica/ Número de pacientes intervenidos x 100.

---

## 4. Infección por microorganismos de especial interés o multirresistentes

---

- Incidencia de infección por microorganismo específico<sup>[2]</sup> (incidencia acumulada %):
  - Número de infecciones por microorganismo específico / Número de ingresos x 100.
  - Número de infecciones por microorganismo específico / Número de estancias x 100.

---

## 5. Estudio de la resistencia y uso de antibióticos

---

- Porcentaje (%) de resistencias para cada microorganismo<sup>[3]</sup>: Número de cultivos con crecimiento de gérmenes resistentes a determinado antibiótico / Número total de cultivos con crecimiento del mismo germen (resistentes y sensibles frente al antibiótico) x 100.

[1] Se consideran infecciones de localización quirúrgica aquellas relacionadas con la cirugía que ocurren en los 30 días después de la intervención si no se han colocado implantes, y en el año después de la intervención en el caso de colocación de implantes (válvulas cardíacas protésicas ó prótesis articulares).

[2] Se propone monitorizar las infecciones causadas por los microorganismos:

- Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA).
- E. Coli productores de beta-lactamasas de amplio espectro.

[3] Se propone monitorizar la resistencia de:

- Staphylococcus aureus resistente a meticilina (MRSA) a meticilina y oxacilina.
- E. Coli productores de beta-lactamasas de amplio espectro a ceftazidima.



## > glosario de términos / abreviaturas

---

### Glosario de términos

**Seguridad del paciente:** proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes. Esto debería implicar: gestión del riesgo, declaración y análisis de los incidentes, capacidad para aprender de los mismos realizando un seguimiento e implementando soluciones para minimizar el riesgo de su recurrencia. También se considera la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los procesos de la atención sanitaria. La seguridad emerge de la interacción de los componentes del sistema; no reside en una persona, dispositivo o departamento.

**Concepto de error:** acción fallada que no se realiza tal como se planificó. O bien la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo. Existen distintos tipos:

- Errores activos: actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsus, equivocaciones, incumplimiento de procedimientos)
- Condiciones latentes: problemas relacionados con el diseño de la organización, mantenimiento o formación existentes previamente a la producción de la lesión (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, inexperiencia, etc.)

**Evento adverso:** puede ser definido como un daño causado como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos o sistemas, más que por la condición médica o enfermedad subyacente del paciente. Es un hecho desafortunado y generalmente inesperado, asociado con la asistencia o servicio provisto en el ámbito de un centro sanitario hospitalario o de AP. Ejemplos de EA incluyen caídas de pacientes, errores de medicación, reacciones inesperadas o complicaciones, errores en procedimientos o complicaciones asociadas, suicidios o intentos de suicidio y pérdidas de pacientes.

**Evento adverso prevenible:** evento adverso atribuible a un error.

**Evento adverso negligente:** puede ser definido como un subtipo de evento adverso prevenible que cumple con los criterios legales usados para determinar una negligencia (si los cuidados proporcionados no alcanzan los cuidados esperados razonablemente).

**Caso centinela:** acontecimiento inesperado que tiene como resultado la muerte o daños físicos o psicológicos graves o el riesgo de que se produzcan.

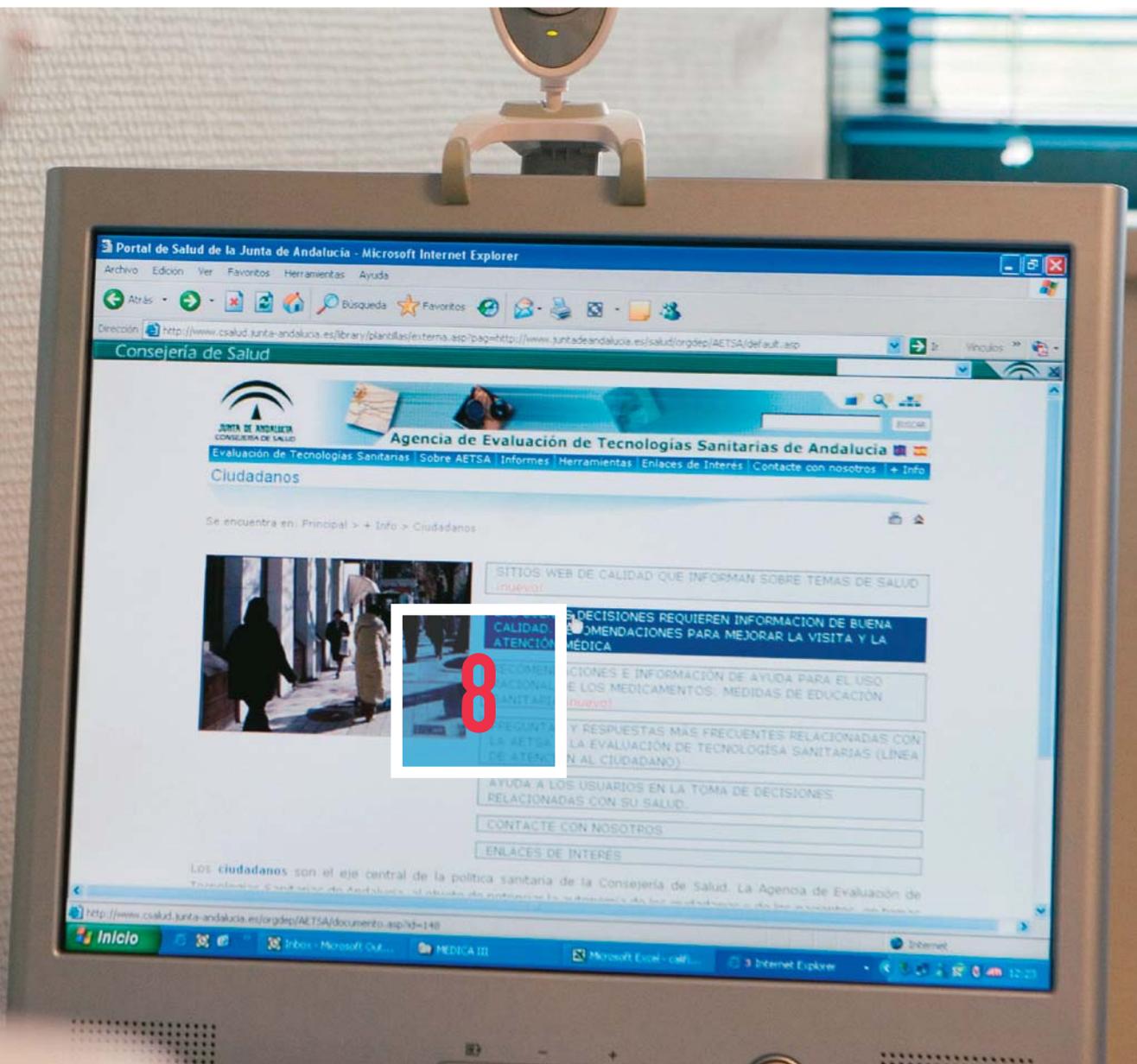
**Incidente:** acontecimiento o situación que podría haber causado un accidente, daño o enfermedad pero no la produce, por casualidad o por la intervención. Son situaciones en las que el paciente “se libra por los pelos”.

**Error de medicación:** cualquier efecto prevenible que puede causar o dar lugar a un uso inadecuado de la medicación o una lesión a un paciente mientras la medicación está bajo el control del profesional sanitario, el paciente, o el consumidor. Dichos efectos pueden estar relacionados con la práctica profesional; los productos, procedimientos, y sistemas de atención sanitaria, incluida la prescripción; la comunicación de los pedidos; el etiquetado, embalaje, y nomenclatura del producto; el uso combinado; la dispensa; la distribución; la administración; la supervisión; y el uso.



## Abreviaturas

<b>AH</b>	Atención Hospitalizada
<b>AHRQ</b>	Agency of Health Research and Quality
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CADIME</b>	Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos
<b>EA</b>	Eventos adversos
<b>EAh</b>	Evento adverso ligado a la hospitalización
<b>EASP</b>	Escuela Andaluza de Salud Pública
<b>ENEAS</b>	Estudio Nacional de Efectos Adversos
<b>EPINE</b>	Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España
<b>IDEA</b>	Identificación de EA
<b>NPSA</b>	National Patient Safety Agency
<b>NUHSA</b>	Número Único de Historia de Salud de Andalucía
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Cooperation and Development
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PSIs</b>	Patient Safety Indicators
<b>RCA</b>	Root Cause Analysis
<b>SAS</b>	Servicio Andaluz de Salud
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SSPA</b>	Sistema Sanitario Público Andaluz



## > bibliografía

---

- Aguiló J, Peiró S, García del Caño J, Muñoz C, Garay M, Viciano V. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20: 185-192.
- AHRQ Publication No. 04-P025, March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, -30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov>
- AHRQ Quality Indicators—Guide to Patient Safety Indicators. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003. Version 2.1, Revision 3, (January 17, 2005). AHRQ Pub 03-R203.
- AHRQ Quality Indicators-Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2002. Revision 4 (December 22, 2004). AHRQ Pub 02-O204.
- AHRQ Quality Indicators-Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Revision 4. (November 24, 2004). AHRQ Pub 02-R0203.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170(11): 1678-86.
- Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20: 216-222.
- Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 95-105.
- Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Fact Sheet. AHRQ Publication No. 04-P014, March 2004. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/epc/qgapfact.htm>
- Consejería de Salud. Atención al Paciente Pluripatológico. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
- Consejería de Salud. Programa de acreditación de Centros del Sistema Sanitario de Andalucía. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2003.
- Consejería de Salud. Programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2003.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria: Atención al alta hospitalaria. Atención a personas polimedicadas. Atención a personas en tratamiento anticoagulante oral. Disponible en: <http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/default.asp>
- Díaz MT, Seguí M. Actitudes, conocimientos y creencias de los profesionales de enfermería sobre errores de medicación. *Rev Calidad Asistencial*, 2006; 21(1); 6-12.
- Dominguez A, Otero MJ. Prevención de los errores de medicación. *El Médico Interactivo Diario Electrónico de la Sanidad*; 892; 10 Enero 2003. Disponible en: [http://www.medynet.com/el\\_médico](http://www.medynet.com/el_médico)

- Dovey SM, Meyers RL, Philips Jr, Green LA, Fryer GE, Galliher JM et al. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 233-238. Disponible en: <http://qhc.bmjournals.com/cgi/content/abstract/11/3/233>
- Elder NC, Dovey S. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature. *The Journal of Family Practice* November 2002; 51 (11). Disponible en: <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=1344>
- Elder NC, Vonder M, Cassedy A. The Identification of medical errors by Family Physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*; 2004; 2. Disponible en: <http://annalsfm.highwire.org/cgi/reprint/2/2/125>
- European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient Safety - Making it Happen! : Luxembourg Declaration on Patient Safety [online]. Luxembourg : European Commission. DG health and Consumer Protection, 2005 [Citado abril de 2005]. Disponible en: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)
- Evaluación de los efectos adversos ligados a la Hospitalización en el SSPA. Documento técnico de la Unidad de Apoyo a la Investigación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2006.
- Fernald DH, Pace WD, Harris DM, West DR, Main DS, Westfall JM. Event Reporting to a primary Care Patient Safety Reporting System: A Report From the ASIPS Collaborative. *Annals of Family Medicine* 2004; 2 (4).
- Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc J* 2004; 170:1235-40.
- Gandhi TK, Burstin HR, Cook EF, Puopolo AL, Haas JS, Brennan TA et al. Drug complications in outpatients. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 149-154.
- Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, Seger AC, Shu K, Federico F et al. Adverse drug events in ambulatory care. *N Engl J Med* 2003;348 (16). Disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/348/16/1556?ijkey=4a68d0183a7f517bf2898d2a94731d47ad97fab2>
- Gray A. Adverse events and the National Health Service: an economic perspective. National Patient Safety Agency 2005.
- Holland R, Lenaghan E, Harvey I, Smith R, Shepstone L, Lipp A et al. Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial. *BMJ* 2005. Disponible en: <http://bmjournals.com/cgi/content/full/330/7486/293>
- Hospital Survey on Patient Safety Culture. March 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/>
- Joint Commission on accreditation of healthcare Organizations, Sentinel Event Alert. [Citado enero de 2006]. Disponible en: <http://www.jcaho.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/>
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system [monografía en internet]. Washington, DC: National Academy Press; 1999. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html>
- Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment: Number 43. AHRQ Publication No. 01-E058, July 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/>
- Medical Errors: The Scope of the Problem. Fact sheet, Publication No. AHRQ 00-P037. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- NHS. Building a memory: preventing harm, reducing risks and improving patient safety. National Patient Safety Agency, July 2005. [Citado enero de 2006]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk>
- NHS. Right patient–right care. National Patient Safety Agency, 2004. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/health/publications>
- NHS. Seven steps to patient safety. National Patient Safety Agency, February 2004. [Citado mayo de 2005]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>
- Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalarios. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 211-215.
- Pietro D, Shyavitz L, Smith R, Auerbach B. Detecting and reporting medical errors: why the dilemma?. BMJ 2000; 320: 794-796.
- Romano PS, Geppert JJ, Davies S, Miller MR, Elixhauser A, McDonald KM. A national profile of patient safety in U.S. hospitals. Health Affairs 2003; 22:154-166.
- Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. J Health Serv.Res.Policy 2003; 8: 105-117.
- Thomas E, Petersen L. Measuring Errors and Adverse Events in Health Care. J Gen Intern 2003; 18:61-67.
- World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2005 [monografía en internet]. Geneva (Switzerland): WHO; October 2004. [Citado abril de 2005]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>

