



# ***Implantación de las Políticas de Seguridad del Paciente***

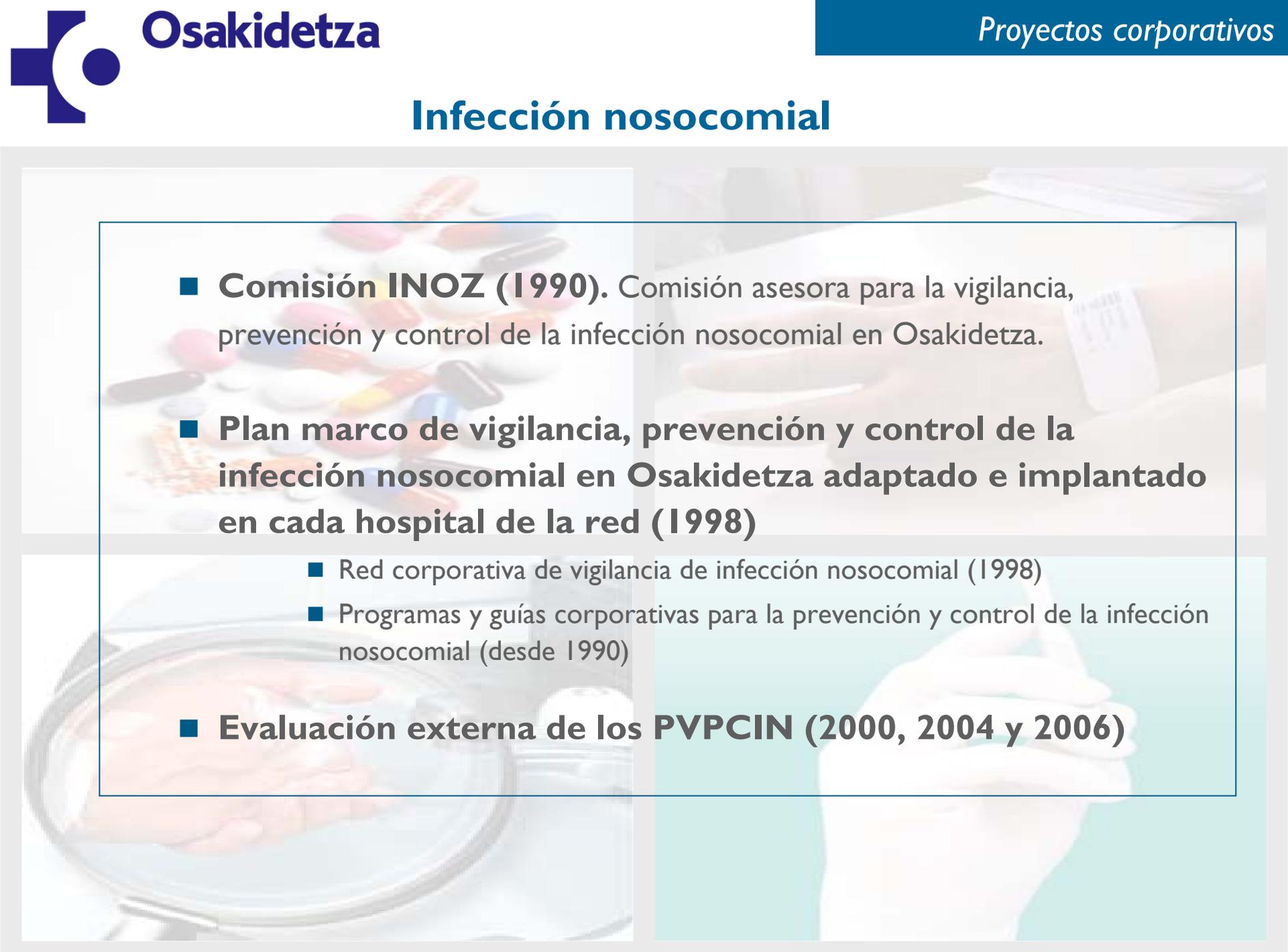


***Experiencia Osakidetza***



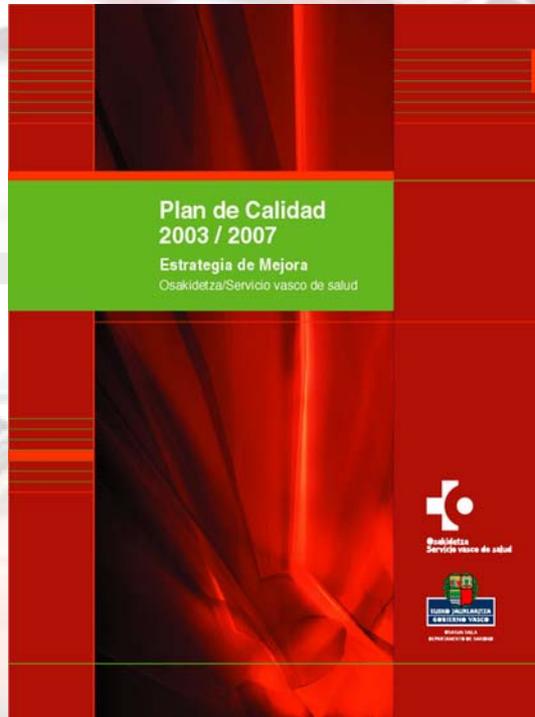
**Marbella García Urbaneja  
Subdirectora de Calidad**

## Infección nosocomial

- 
- **Comisión INOZ (1990).** Comisión asesora para la vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial en Osakidetza.
  - **Plan marco de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial en Osakidetza adaptado e implantado en cada hospital de la red (1998)**
    - Red corporativa de vigilancia de infección nosocomial (1998)
    - Programas y guías corporativas para la prevención y control de la infección nosocomial (desde 1990)
  - **Evaluación externa de los PVPCIN (2000, 2004 y 2006)**

## Plan de Calidad de Osakidetza 2003-2007

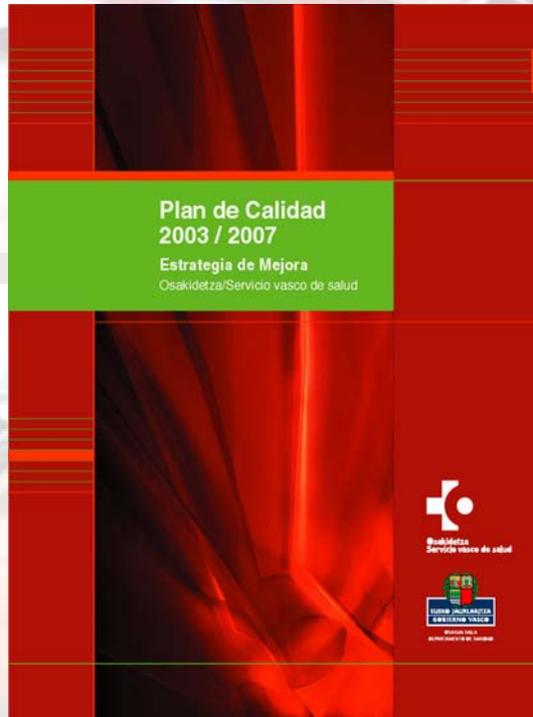
### MEJORA DE CALIDAD DE SERVICIO



- Efectividad
- Continuidad de la atención
- Adecuación
- Seguridad
- Accesibilidad
- Trato y hostelería
- Información

## Plan de Calidad de Osakidetza 2003-2007

### Línea 4. Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria



Objetivos relacionados con:

- Infección nosocomial
- Úlceras por presión y caídas en pacientes hospitalizados
- Efectos adversos por medicamentos
- Efectos adversos de la práctica transfusional
- Monitorización regular de complicaciones en unidades asistenciales

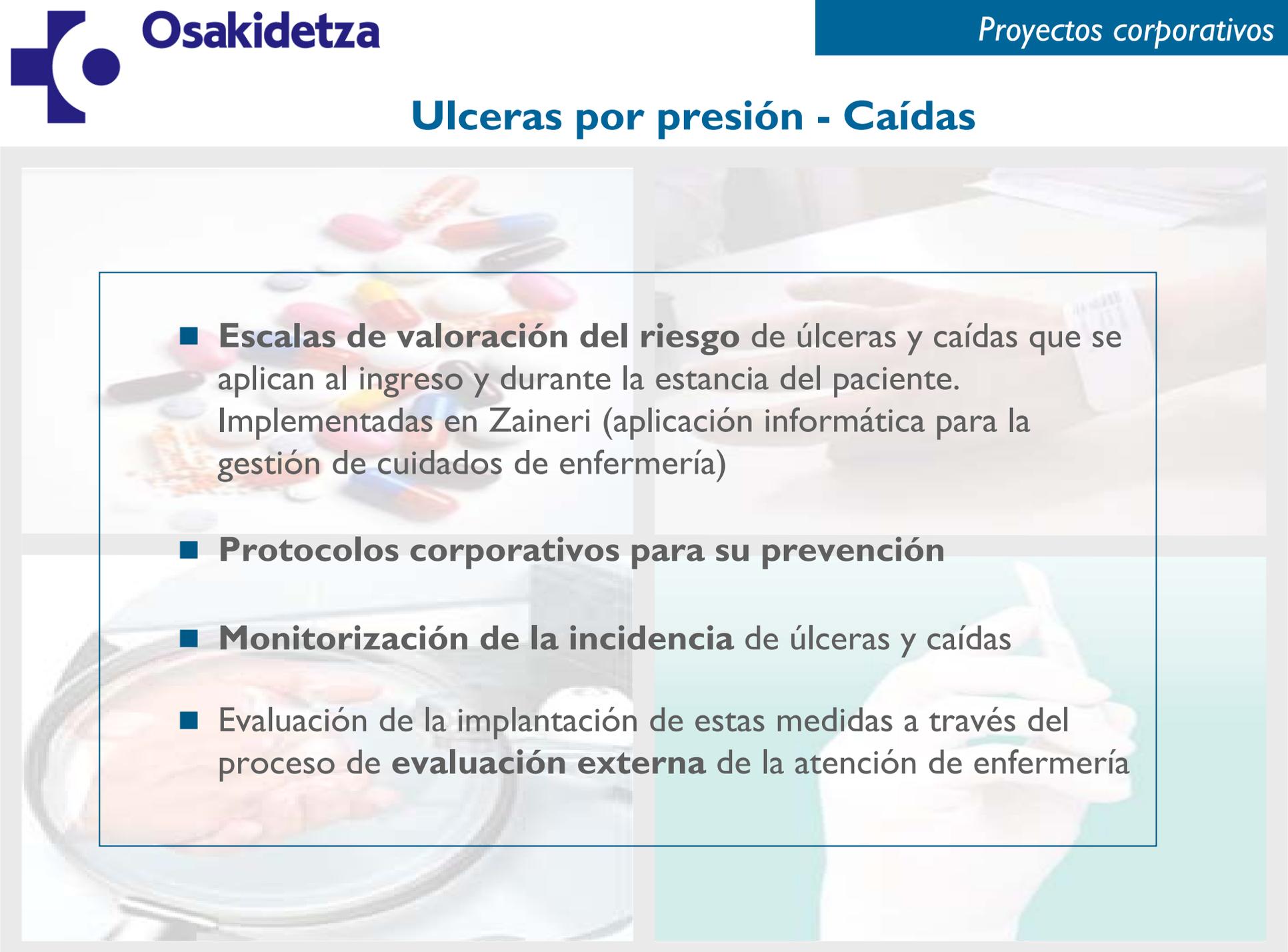
## Infección nosocomial

- **Estándares corporativos** incluidos en el Sistema de evaluación de los Planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial.
- **Evaluación** de la implantación de estos estándares a través de un proceso de **evaluación externa**.
- **Programas de vigilancia comunes:** seguimiento de cirugía limpia y cirugía de colon programada.
- **Participación** en estudio EPINE



**Contrato Programa**

## Úlceras por presión - Caídas

- 
- **Escalas de valoración del riesgo** de úlceras y caídas que se aplican al ingreso y durante la estancia del paciente. Implementadas en Zaineri (aplicación informática para la gestión de cuidados de enfermería)
  - **Protocolos corporativos para su prevención**
  - **Monitorización de la incidencia** de úlceras y caídas
  - Evaluación de la implantación de estas medidas a través del proceso de **evaluación externa** de la atención de enfermería

## Prevención de UPP

**Actualizar medidas preventivas** si nueva evidencia disponible

### ■ Ambito:

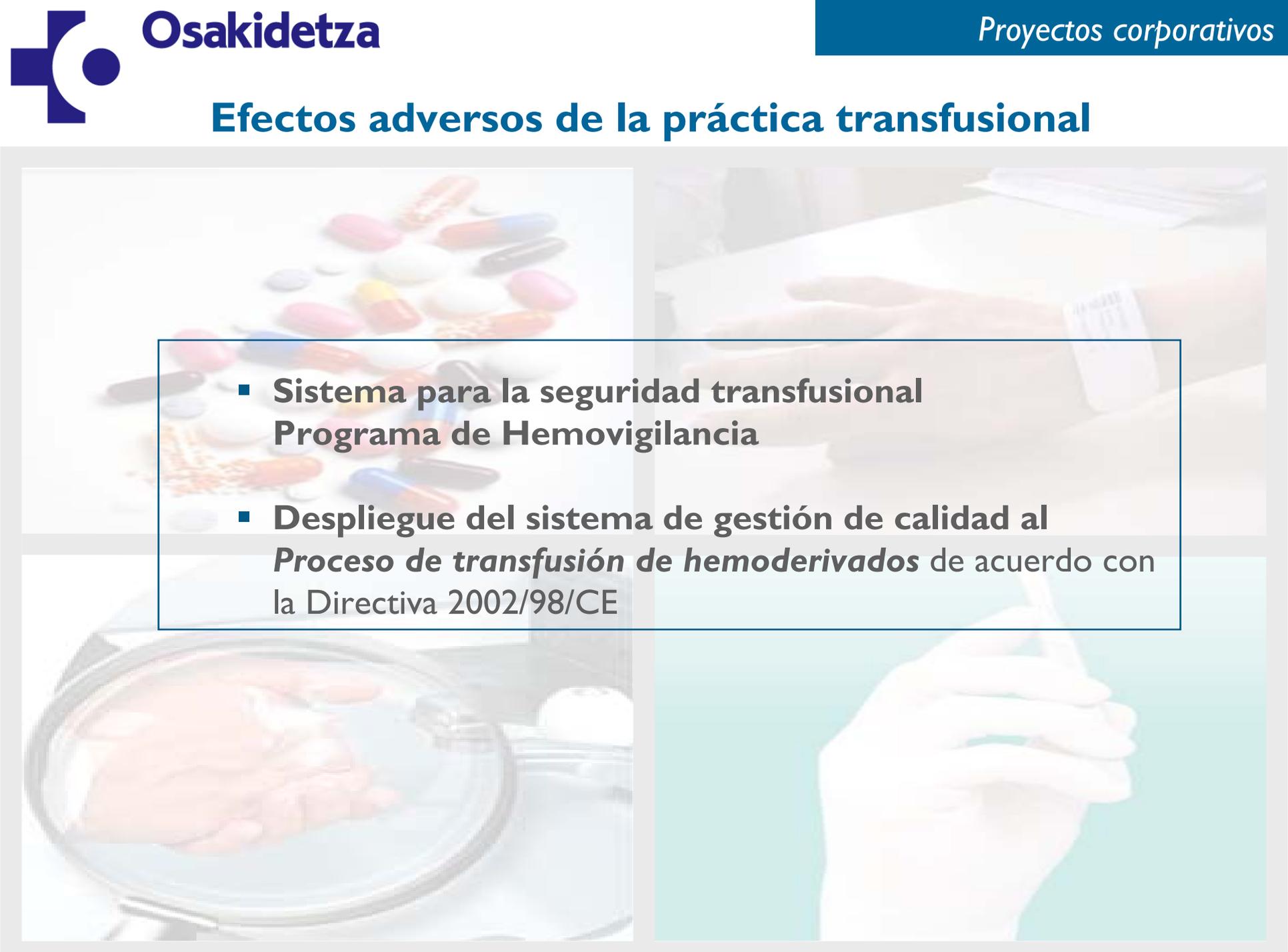
- Comarcas de AP, Hospitales de agudos y media-larga estancia

### ■ Actividades

- Actualización y edición del protocolo incluye un check-list para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar una UPP y la relación de medidas preventivas a adoptar en cada caso.
- Difusión a través de sesiones de formación (903 p- AE y 350 p- AP)
- Adaptación de “Zaineri” al protocolo



## Efectos adversos de la práctica transfusional

- 
- **Sistema para la seguridad transfusional**  
**Programa de Hemovigilancia**
  - **Despliegue del sistema de gestión de calidad al**  
***Proceso de transfusión de hemoderivados*** de acuerdo con  
la Directiva 2002/98/CE

## Efectos adversos por medicamentos

- **Farmacovigilancia.** Sistema de notificación de efectos adversos (graves o no descritos previamente) por medicamentos
- **Autoevaluación** de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.
- Prescripción en primaria, incorporación de un sistema de **alerta de interacciones** entre medicamentos.
- Diseñar un **proceso de gestión farmaco-terapéutica más seguro:**
  - Dispensación automática
  - Prescripción electrónica

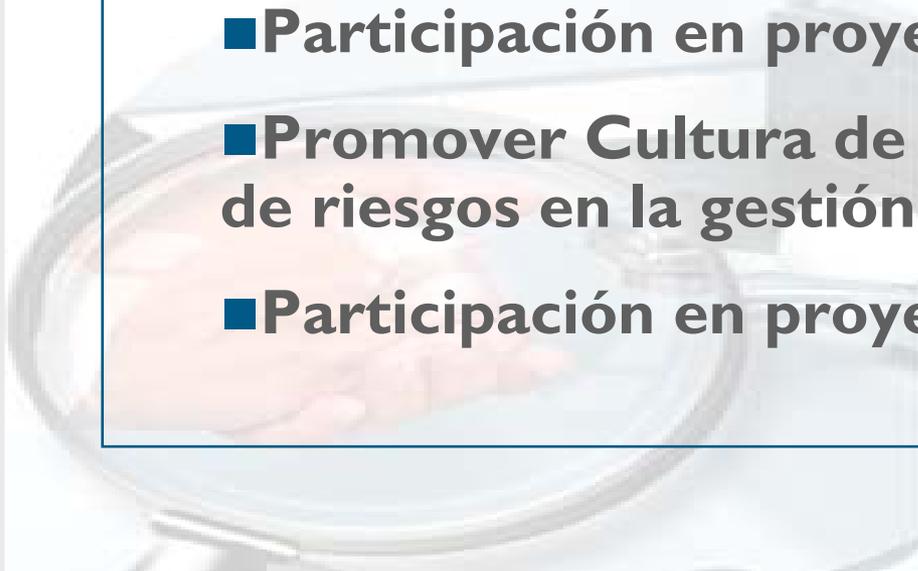
## Monitorización regular de complicaciones

### en unidades asistenciales



#### ■ Gestión por procesos

Despliegue a nivel de procesos asistenciales. Sistema de información de incidentes.



#### ■ Participación en proyecto ENEAS

■ Promover Cultura de seguridad e integrar gestión de riesgos en la gestión de procesos.

#### ■ Participación en proyecto APEAS

## Promover Cultura de seguridad e integrar gestión de riesgos en la gestión de procesos

Paso 1: **Extender la cultura de seguridad, comenzando por hospitales.**

Paso 2: **Extender el uso de herramientas de gestión de riesgos.**

**Sistemas de Notificación, AMFE y análisis causal.**

Paso 3: **Introducir nuevas medidas preventivas en el sistema.**



**Diseñar procesos más seguros**

## Promover Cultura de seguridad e integrar gestión de riesgos en la gestión de procesos

### Grupo de trabajo multidisciplinar

---

#### Equipo de trabajo corporativo

- Subdirección de calidad
- Subdirección de atención especializada
- Subdirección de organización y sistemas
- Representantes de las unidades funcionales

#### Hospital: Unidades funcionales

- Profesionales proceso asistencial
- Profesionales proceso farmacia
- Apoyo metodológico

## Formación-acción

### Equipo de trabajo corporativo

- **Sesiones de formación/discusión**
  - Formación básica en seguridad del paciente
  - Formación teórico-práctica en herramientas de gestión de riesgos: AMFE, ACR y SEA
  - Formación en sistemas de notificación
- **Sesiones de seguimiento del proyecto**

### Hospitales

- **Sesiones de formación/sensibilización:**
  - Cultura de seguridad. Ventajas
  - Utilidad y funcionamiento del sistema de notificación
- **Implantación:**
  - Utilización de las herramientas de gestión de riesgos
  - Implantación del sistema de notificación.
  - Rediseño/mejora del proceso

<b>SESIONES (4h/sesión)</b>	<b>ASISTENTES</b>	<b>CONTENIDOS</b>	<b>TRABAJO INDIVIDUAL</b>
<b>Sesión 1:</b> Presentación	80	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación del Proyecto (Sist. Notificación Electrónico, Nuevas Tecnologías, metodología y cronograma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selección del proceso/ Unidad en la que se va a trabajar.</li> <li>➤ Grupo de trabajo o personas implicadas</li> </ul>
<b>Sesión 2:</b> 27, 28 de febrero y 2 de marzo	77	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cultura de Seguridad</li> <li>➤ Formación herramientas de gestión (AMFE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Organización de las sesiones de sensibilización en su hospital.</li> <li>➤ Selección del proceso en el cual aplicar el AMFE, comenzar AMFE.</li> </ul>
<b>Sesión 3:</b> 26, 27 y 28 de marzo	65	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación y distribución del Sistema de Notificación (SNEA)</li> <li>➤ Herramientas de Análisis de incidencias (ACR, Protocolo de Londres,..)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicar AMFE</li> <li>➤ Sesiones de Sensibilización en cultura seguridad, herramientas y el sist. notificación.</li> <li>➤ Revisión del SNEA electrónico</li> </ul>
<b>Sesión 4:</b> 11 de mayo 22 y 24 de mayo	70	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Presentación de documentación de interés.</li> <li>➤ Exposición de AMFEs de los centros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicar AMFE y ACR</li> <li>➤ Implantación de sistema de notificación.</li> </ul>
<b>Sesión 5:</b> 25 y 29 de octubre	47	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exposición de estrategias en seguridad de un centro.</li> <li>➤ Profundización en uso de herramientas de análisis de incidencias (PL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implantación de sistemas de notificación.</li> <li>➤ Aplicación de herramientas de gestión de riesgos.</li> </ul>

## SESIONES DE FORMACION

**EQUIPOS  
DIRECTIVOS**

**Seguridad  
clínica del  
paciente**

- **La seguridad clínica del paciente: dimensión clave de la calidad asistencial.**
- **El conocimiento de los sucesos adversos.**
- **Gestión del riesgo y su prevención.**
- **La seguridad en Osakidetza.**
- **Aspectos legales.**

Org. Servicios	UNIDAD SERVICIO	Nº Personas formadas		SNEA	Realizan Análisis Causal	EA-Incidencias		AMFE (Nº OS)	
		Corporativa	Centro	Implantado (Nº OS)		Notificadas	Analizadas	Hecho	P.Acción
<b>H. Agudos</b>									
	11 U. Calidad								
	9 S. Farmacia								
	8 especialidades médicas distintas	64	796	10	7	156	106	9	8
<b>H. Media Larga Estancia</b>									
	2 U. Calidad								
	2 S. Farmacia	7	67	2	1	78	76	2	2
	1 Hospitalización								
<b>H. Psiquiátricos</b>									
	4 U. Calidad								
	4 S. Farmacia	19	100	4	2	30	30	4	3
	4 S. Hospitalización								
<b>Emergencias</b>		2	18	1	1	11	2	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>92</b>	<b>981</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>275</b>	<b>214</b>	<b>16</b>	<b>14</b>
<b>(%)</b>		<b>-</b>	<b>-</b>	<b>94%</b>	<b>61%</b>	<b>-</b>	<b>78%</b>	<b>89%</b>	<b>88%</b>

## Sistema de notificación y aprendizaje en seguridad del paciente

Fecha de notificación \*   
¿Quién notifica el incidente?   
Fecha del incidente   
Hora del incidente   
¿En qué área ocurrió el incidente?

¿El incidente llegó al paciente?  sí  no

Datos sobre el incidente

Describe que ocurrió \*

### ¿con que estuvo relacionado?

- |                                                                 |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Identificación                         | <input type="checkbox"/> Pruebas diagnosticas              |
| <input type="checkbox"/> Dco clinico y seguimiento del paciente | <input type="checkbox"/> Cirugia                           |
| <input type="checkbox"/> Hemoderivados                          | <input type="checkbox"/> Otros procedimientos terapeuticos |
| <input type="checkbox"/> Dieta                                  | <input type="checkbox"/> Medicacion                        |
| <input type="checkbox"/> Transporte/traslado:                   | <input type="checkbox"/> Equipos-dispositivos              |
| <input type="checkbox"/> Otros                                  |                                                            |

¿se podría haber evitado?

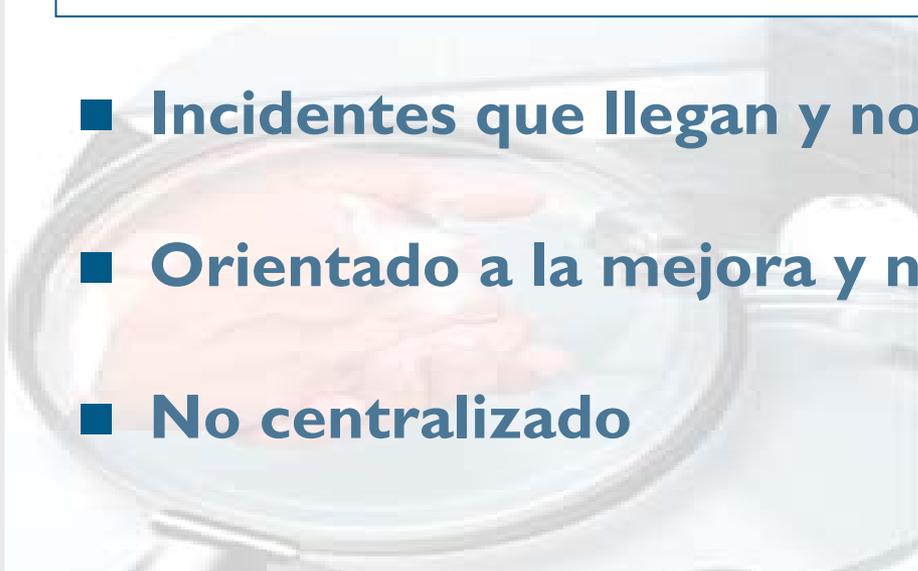
Gravedad

Evolucion

¿qué factores contribuyeron a disminuir la gravedad?



## Sistema de notificación - Características

- 
- 
- 
- 
- **Anónimo**
  - **Voluntario**
  - **General**
  - **Incidentes que llegan y no llegan al paciente**
  - **Orientado a la mejora y no a la cuantificación**
  - **No centralizado**



Plan Estratégico 2008-2012



En esta presentación se han recogido aquellas líneas que se han desarrollado de forma corporativa.

Todas ellas son fruto del trabajo de los profesionales que forman parte de las organizaciones de servicios, que desde hace tiempo vienen

trabajando en estas líneas que han desarrollado por su atención para mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

**Marbella García Urbaneja**  
Subdirectora de Calidad