

JORNADA ANUAL

# SEGURIDAD EN PACIENTE CRÍTICO 2025

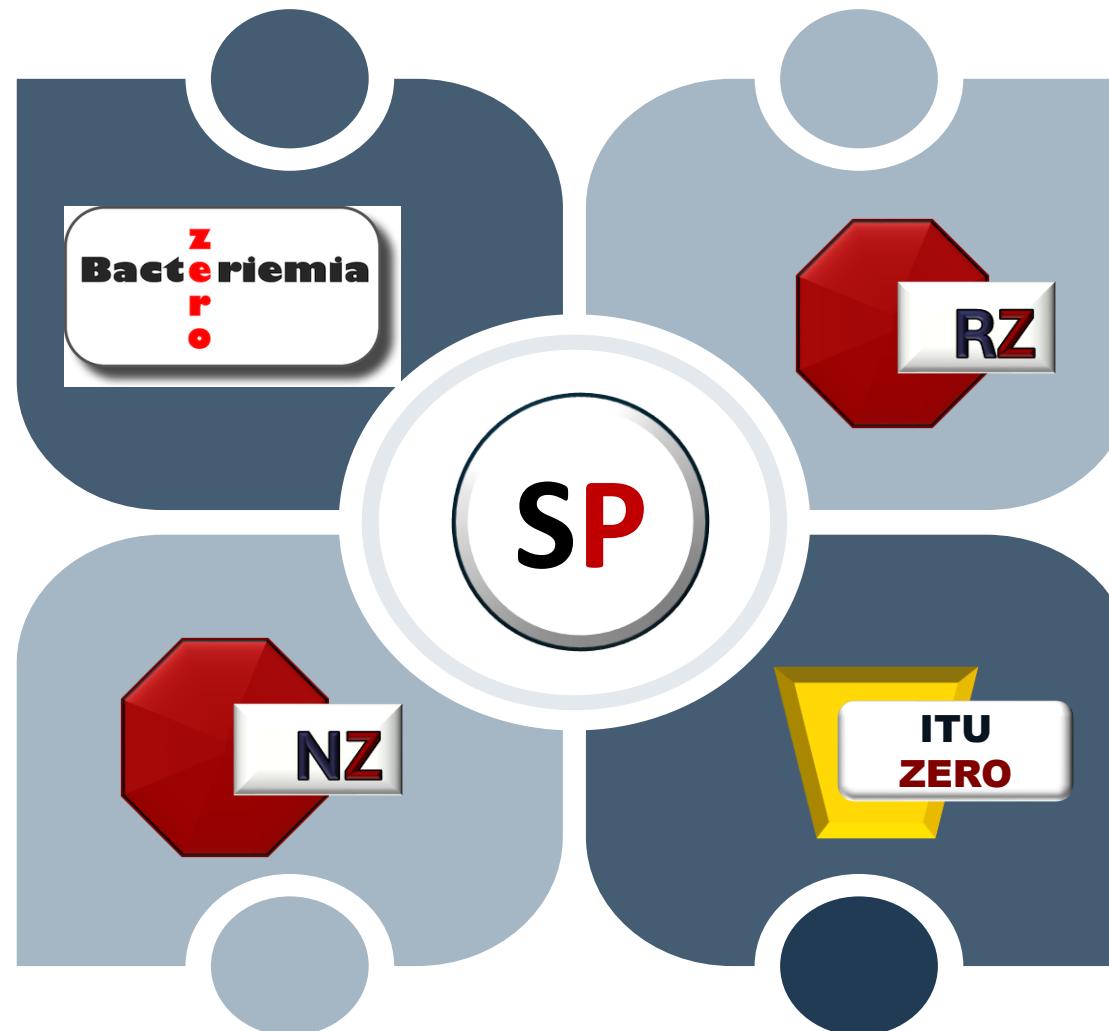
## PRESENTACIÓN NUEVO MÓDULO DE FORMACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Rosa García Díez

*Organización Sanitaria Integrada URIBE. Osakidetza  
SEEIUC.*



## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## MÓDULO I DE SEGURIDAD “PROYECTOS ZERO”

ACTUALIZADO 2025

CONSEJO ASESOR DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD  
EN PACIENTES CRÍTICOS

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SEEIUC | SemICYUC

## MÓDULO II DE SEGURIDAD “PROYECTOS ZERO”

ACTUALIZADO 2025

CONSEJO ASESOR DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD  
EN PACIENTES CRÍTICOS

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SEEIUC | SemICYUC

## MÓDULO III DE SEGURIDAD “PROYECTOS ZERO”

ACTUALIZADO 2025

CONSEJO ASESOR DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD  
EN PACIENTES CRÍTICOS

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SEEIUC | SemICYUC

## MÓDULO IV DE SEGURIDAD “PROYECTOS ZERO”

ACTUALIZADO 2025

CONSEJO ASESOR DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD  
EN PACIENTES CRÍTICOS

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO DE SANIDAD | SEEIUC | SemICYUC

Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025



## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

MÓDULO 1

SP

### INTRODUCCIÓN

### GESTIÓN DE RIESGOS

### SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

### HERRAMIENTAS PARA INCREMENTAR LA SEGURIDAD

### CONCLUSIONES

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



**INTRODUCCIÓN**

## CLIMA DE SEGURIDAD



La cultura de seguridad es parte de la cultura general de una organización.

La cultura es un fenómeno global, abarca las normas, valores de toda la organización.

El **clima** es más específico, se refiere a las percepciones de los empleados sobre aspectos de la cultura de la organización (Blegen 2016).

## ¿QUÉ ES LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?



Es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente crítico de la gestión de calidad.

Las intervenciones en atención de salud se realizan ante todo para beneficiar a los pacientes, pero también pueden causar daño.

## SISTEMAS SANITARIOS EN COMPLEJA INTERACCIÓN

LAS UCI SON ÁREAS DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



Gravedad del enfermo crítico

Barreras de comunicación

Realización de un número elevado de actividades por paciente y día

Práctica de procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos

Cantidad y complejidad de la información utilizada

Traspasos / Traslados

Necesidad del trabajo en equipo

## DIFICULTADES



En el día a día de los **servicios sanitarios** nos encontramos con **dificultades organizativas** y **personales** que **favorecen la aparición de errores**:

- Existencia de diferentes profesionales involucrados,
- Conocimientos y habilidades dispares,
- Despistes y fallos de memoria,
- Descoordinación y falta de asignación precisa de tareas entre los diferentes profesionales,
- Turnos de trabajo, guardias...

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## MODELO DE ABORDAJE DEL ERROR

Los humanos son falibles y se espera que ocurran errores incluso en las mejores organizaciones.

El objetivo no es cambiar la condición humana sino los factores sistémicos (condiciones en las que trabajan las personas).

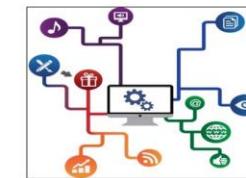
Cuando se produce un EA lo importante no es QUIÉN, sino POR QUÉ se ha producido.

La estrategia es aprender de los errores:

- Identificar el suceso
- Reparar el daño
- Buscar las causas en el sistema
- Rediseñar el sistema



ENFOQUE BASADO  
EN LA PERSONA



ENFOQUE BASADO  
EN EL SISTEMA

## MODELO CENTRADO EN EL SISTEMA

Los humanos son falibles y los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones

Los errores se ven como consecuencias y no como causas

### LAS DEFENSAS (ESCUDOS) DEL SISTEMA

No se trata de cambiar la condición humana sino las condiciones en las que trabajan las personas

Cuando ocurre un evento adverso lo importante no es quién se equivocó, sino como y porque las defensas fallaron

## ERRORES ACTIVOS

Error que ocurre a nivel de primera línea del que actúa y cuyos efectos se notan casi de inmediato.



## ENTORNO COMPLEJO

### SISTEMA DE SALUD



# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

Persigue canalizar la información sobre eventos adversos en seguridad del paciente para ser analizados y diseñar oportunidades de mejora

- Mejorar la seguridad de los pacientes
- Promover cambios:
  - Locales
  - En todo el sistema
  - Aprender de los errores

### INSTRUMENTO CLAVE

#### “CULTURA DE SEGURIDAD ORGANIZATIVA”

Conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que determinaran el funcionamiento de un equipo de trabajo.

## BARRERAS A LA NOTIFICACIÓN

### RELACIONADO CON EL PROFESIONAL

- Miedo a las repercusiones médico – legales
- Miedo a las sanciones o denuncias
- Perdida de autoestima, culpabilidad, pérdida de reputación, desaprobación de compañeros
- Profesionales “demasiado ocupados” para notificar

### CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN EN SEGURIDAD

- Falta de Liderazgo y prevención
- Líderes, entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización

### RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

- Falta de confianza sobre la confidencialidad de los datos
- Definición poco clara de qué es un incidente
- Desconocimiento de qué se debe notificar y por qué
- Falta de familiaridad con los mecanismos de notificación
- No se percibe beneficio
- Falta de Feedback

## QUE SE DEBE NOTIFICAR

Los *incidentes relacionados con la seguridad del paciente*, es decir, cualquier *evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente*.



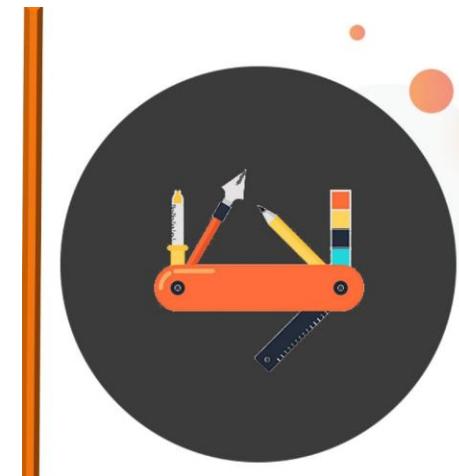
## ¿PARA QUÉ SIRVEN LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN?



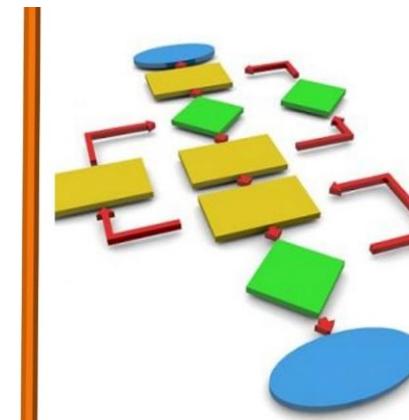
# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



HERRAMIENTAS PARA  
INCREMENTAR LA SEGURIDAD



**RONDAS DE  
SEGURIDAD  
(Walk Rounds)**



**ANÁLISIS MODAL DE  
FALLOS Y EFECTOS  
(AMFE)**

**LISTADOS DE  
VERIFICACIÓN  
(Check list)**



**HERRAMIENTAS PARA MEJORAR LA  
COMUNICACIÓN Y EL TRABAJO EN EQUIPO**

- Lista de verificación (*checklist*).
- Objetivos diarios (*daily goal sheet*).
- Sesiones informativas (*briefings/debriefings*).
- Traspaso de información (*handoff*).
- STEP (*S-status; T-team members; E-environment; P-progress*).



# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



HERRAMIENTAS PARA  
INCREMENTAR LA SEGURIDAD

## TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA (handoffs/handovers)



## BRIEFING Y DEBRIEFING



OBJETIVOS  
DIARIOS

## IMPULSAR EL CAMBIO



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD



## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

MÓDULO 2

SP

### MENSAJES PRÁCTICOS

### PREGUNTAS OPCIONALES

### CASOS PRÁCTICOS

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## ALGUNAS DEFINICIONES



### Incidente relacionado con la seguridad del paciente:

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- ◆ **Cuasi incidente:** No alcanza al paciente.
- ◆ **Incidente sin daño:** Alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.
- ◆ **Evento adverso:** Incidente que produce daño a un paciente.

Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente  
Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. WHO 2009  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps\\_icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps_icps_full_report_es.pdf)

## EVENTOS ADVERSOS VINCULADOS A LA ASISTENCIA SANITARIA

TABLA 1. Datos sobre efectos adversos en la provisión de servicios en diversos países

Estudio	Fechas de admisión en hospitales de agudos	N.º de ingresos en el hospital	N.º de efectos adversos	% de efectos adversos
USA Harvard Medical Practice Study <sup>6,7</sup>	1984	30.195	1.133	3.8
Australia (Quality in Australian Health Care Study) QAHC58	1992	14.179	2.353	16.6
Nueva Zelanda <sup>8,10</sup>	1998	6.579	849	12.9
Canadá <sup>11</sup>	2001	3.720	279	7.5
EEUU (Utah-Colorado Study) UTCOS <sup>12</sup>	1992	14.565	475	3.2
EEUU (Utah-Colorado Study) UTCOS <sup>13,14*</sup>	1992	14.565	787	5.4
Australia (Quality in Australian Health Care Study) QAHC5 <sup>13,14*</sup>	1992	14.179	1.499	10.6
Reino Unido <sup>15</sup>	1999-2000	1.014	119	11.7
Dinamarca <sup>16</sup>	1998	1.097	176	9.0

\*Revisión de los estudios equiparando la metodología.

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## PREGUNTA 1

En el área quirúrgica A10 de monosectomía se ha planificado una intervención.

## PREGUNTA 1

Identifica entre los errores que se han ido desencadenando que corresponde a lo denominado como **condición latente**:

- El cirujano que se incorpora en la última intervención desconoce

## RAZONAMIENTO: P<sup>1</sup>

**Condición latente:** Condiciones *ocultas* o condiciones *aparentemente inactivas*. Están producidas por fallos de sistema en el diseño, y organización de la atención.

*La condición latente en nuestro caso corresponde a no disponer de protocolo de marcado de lateralidad para evitar cirugía en el sitio erróneo.*

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



22

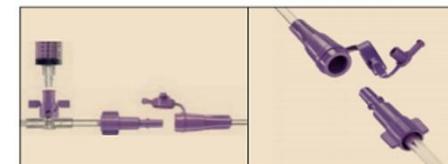
## CASO 2

INCIDENTE DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

## PRÁCTICA RECOMENDADA

- **Vía correcta:** Sistemas de administración con **conexiones no compatibles** para las diferentes vías.

## PRÁCTICA RECOMENDADA



Figuras 1 y 2: Conector ENLock

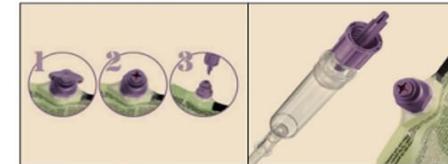


Fig. 3 y 4: Conector ENplus



Figura 5: Conector ENFit.

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2025-2035

[estrategia\\_seguridad\\_paciente\\_T25\\_35.pdf](#)

Global strategy on infection prevention and control

ISBN 978-92-4-008051-5 (electronic version)

ISBN 978-92-4-008052-2 (print version)

[who\\_ipc\\_global-strategy-for-ipc.pdf](#)

PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021-2030

Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud

[Plan\\_de\\_accion\\_mundial\\_Seguridad\\_Paciente\\_2021-2030.pdf](#)

[Seguridad del Paciente - En tu seguridad eres una pieza clave. Infórmate, comprueba, pregunta](#)

RESULTADOS DEL ESTUDIO 2022. SOBRE LA IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS DE UTILIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

ISBN: 978-84-09-56300-5

[Informe\\_2022\\_implantacion\\_practicas\\_seguras\\_hospitales.pdf](#)

[Seguridad del Paciente - Uso seguro del medicamento](#)



Gobierno  
de España

Ministerio  
de Sanidad



## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

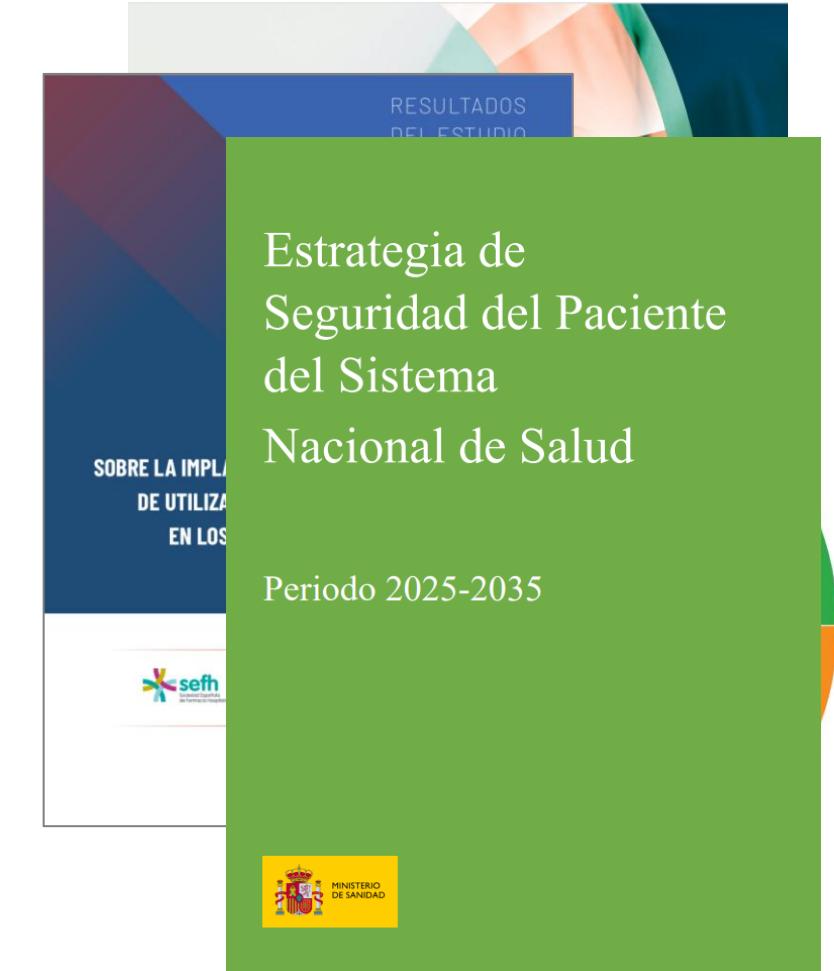
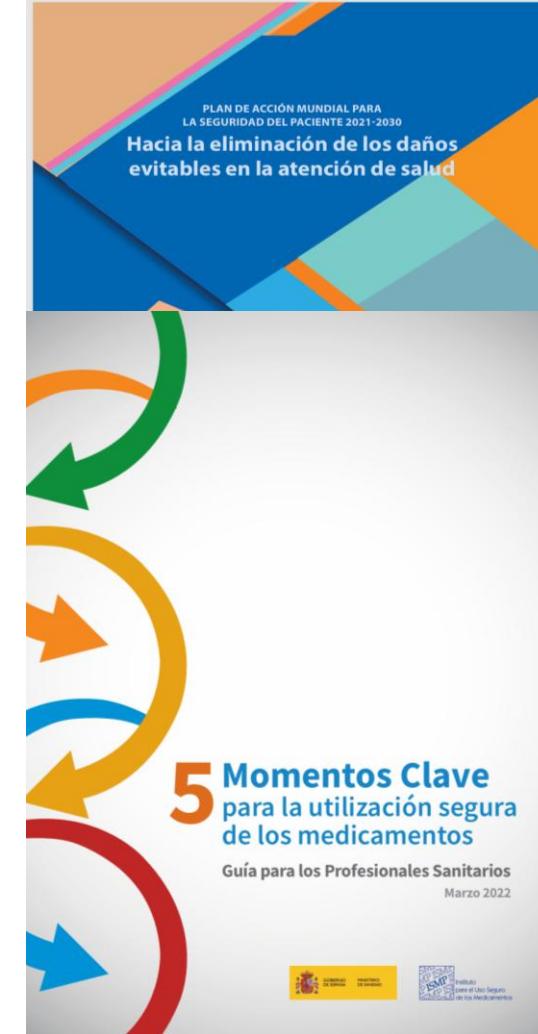
MÓDULO 3



### BIBLIOGRAFÍA OBLIGATORIA

### CURSOS OFICIALES RECOMENDADOS

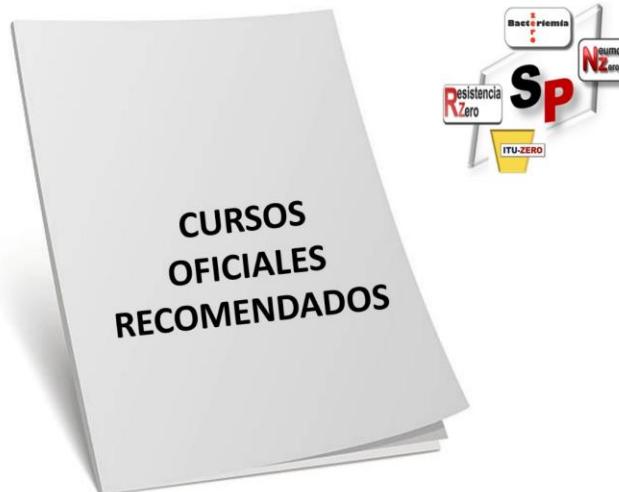
# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



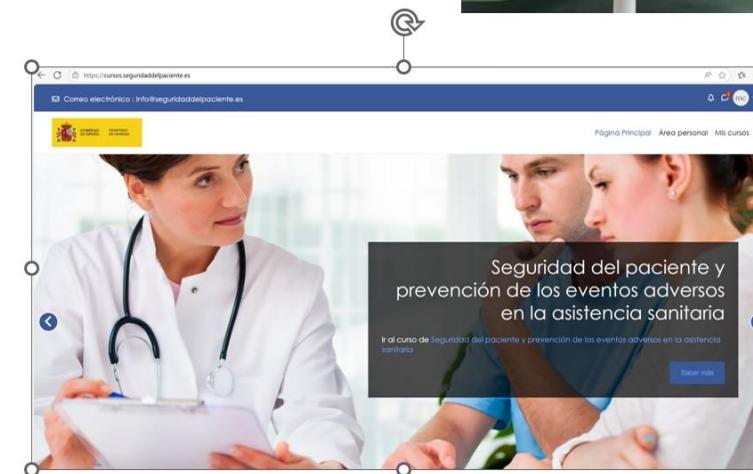
Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025



# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



[Página Principal | Formación autoguiada en seguridad del paciente](#)



[www.seguridaddelpaciente.es](http://www.seguridaddelpaciente.es)



**Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025**

# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## MÓDULO 4



## VIDEOS OBLIGATORIOS

### Presentación<sup>(3,14min)</sup>

Joaquín Álvarez Rodríguez

Médico especialista en Medicina Intensiva. Jefe de Servicio, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

### Introducción<sup>(5,8min)</sup>

Ángela Alonso Ovies

Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

### Cultura de Seguridad de Pacientes<sup>(4,92min)</sup>

Isabel Gutiérrez Cía

Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Clínico de Zaragoza.

### Grupos de Seguridad de Pacientes en la UCI<sup>(5,75min)</sup>

Rosa María Catalán Ibars

Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital General de Vic.

### Las infecciones como problema de Seguridad de Pacientes<sup>(4,14min)</sup>

Juan Roca Guiseris

Médico especialista en Medicina Intensiva. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

### Higiene de manos<sup>(3,64min)</sup>

Inmaculada Fernández Moreno

Enfermera de control de infecciones y seguridad de pacientes. Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell



## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



### EVALUACIÓN



- Una vez visualizado el contenido.
- Preguntas de respuesta múltiple, aleatorias.
- Máximo **3** intentos.
- Superar el **80%** de aciertos para obtener el diploma.
- Si permanece inactivo X minutos se desconectara.
- Es necesario visualizar todos los contenidos.



# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## Encuesta de satisfacción

Esta encuesta será realizada por los alumnos una vez hayan concluido el módulo de formación de Seguridad del Paciente y el cuestionario final de conocimientos con resultado satisfactorio.

El objetivo de este cuestionario es detectar oportunidades de mejora para los siguientes cursos.

Tu opinión es importante, ayúdanos a mejorar.



Encuesta



Restringido

No disponible hasta que: La actividad Cuestionario Seguridad del paciente esté realizada y superada



Gobierno  
de España

Ministerio  
de Sanidad



# Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



## Certificado de superación del módulo de formación de Seguridad del Paciente

### CERTIFICA

D./Dña.  
Con DNI:

Ha superado con éxito el examen del curso de Formación de Seguridad del Paciente. Esta actividad docente ha sido impartida en la modalidad 'a distancia', con una carga lectiva de 13,38 horas y organizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Crítica y Unidades Coronarias (SEEIUC) y promovido por el Ministerio de Sanidad.

Se emite el certificado con fecha: **21 de noviembre de 2025**

DR. D. JOSÉ GARNACHO MONTERO  
Presidente de la SEMICYUC.

D. MIGUEL ÁNGEL GIMÉNEZ  
Presidente de la SEEIUC.



Gobierno  
de España

Ministerio  
de Sanidad

## Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



# MUCHAS GRACIAS

