

# Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020



# Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
PASEO DEL PRADO, 18-20. 28014 Madrid

NIPO en línea: 133-22-147-8

ESTILO ESTUGRAF IMPRESORES, S.L. Pol. Ind. Los Huertecillos, Calle Pino, 5 -  
28350 CIEMPOZUELOS (Madrid)

<https://cpage.mpr.gob.es>

# Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020



GOBIERNO MINISTERIO  
DE ESPAÑA DE SANIDAD



# Índice

<b>Abreviaturas y acrónimos utilizados en el texto</b>	7
<b>Definiciones</b>	13
<b>Introducción</b>	15
<b>Objetivos</b>	17
<b>Metodología</b>	19
<b>1. Indicadores</b>	21
1.1. Indicadores acordados con las Comunidades Autónomas	21
1.2. Indicadores incluidos en los diferentes programas para la aplicación de prácticas seguras	28
1.3. Indicadores obtenidos de los sistemas de notificación de incidentes a nivel nacional y de CC.AA.	30
1.4. Indicadores del SNS con fuente en bases de datos administrativas: RAE-CMBD y BDCAP	30
1.5. Resumen de los Indicadores para monitorizar la estrategia de Seguridad del Paciente	31
<b>2. Evaluación de centros y unidades de referencia (CSUR)</b>	45
<b>3. Cuestionarios</b>	47
<b>Anexo 1. Resultados del método Delphi</b>	49
<b>Anexo 2. Características de los indicadores</b>	53
Línea Estratégica 1. Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación	53
Línea Estratégica 2. Prácticas clínicas seguras	55
Línea Estratégica 3. Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes	104
Línea Estratégica 4. La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad	120
Línea Estratégica 5. Investigación en seguridad del paciente	123
<b>Bibliografía</b>	125



# Abreviaturas y acrónimos utilizados en el texto

<b>ACR</b>	Análisis Causa Raíz
<b>AEC</b>	Asociación Española de Cirujanos
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>AV</b>	Autoevaluación
<b>AINEs</b>	Antinflamatorios no esteroideos
<b>BDCAP</b>	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
<b>BDZ</b>	Benzodicepinas
<b>BILQ</b>	Bacteriemia asociada a Infección del Lugar Quirúrgico
<b>BRC</b>	Bacteriemia Relacionada con el Catéter venoso central
<b>BMR</b>	Bacterias Multirresistentes
<b>BZ</b>	Bacteriemia Zero
<b>CAP</b>	Centro de Atención Primaria
<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas
<b>CDC</b>	Center for Disease Control and Prevention
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Datos
<b>CSUR-SNS</b>	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
<b>CVC</b>	Catéter Venoso Central
<b>EA</b>	Evento Adverso
<b>ECV</b>	Enfermedad Cardiovascular
<b>ENVIN</b>	Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial
<b>ERC</b>	Enfermedad Renal Crónica
<b>EuNetPaS</b>	European Network for Patient Safety
<b>FECYT</b>	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
<b>GRD</b>	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
<b>GTEIS</b>	Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (SEMICYUC)
<b>HC</b>	Historia Clínica
<b>HM</b>	Higiene de Manos
<b>IAAS</b>	Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria
<b>ILQ</b>	Infección del Lugar Quirúrgico
<b>INGESA</b>	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
<b>IQZ</b>	Infección Quirúrgica Zero
<b>ISMP</b>	Institute for Safe Medication Practices
<b>ITU</b>	Infecciones de Tracto Urinario
<b>ITU-SU</b>	Infecciones del Tracto Urinario por Sonda Uretral

<b>ITUZ</b>	Infección del Tracto Urinario Zero
<b>LVQ</b>	Listado de Verificación Quirúrgica
<b>MAR</b>	Medicamentos de Alto Riesgo
<b>MARC</b>	Medicamentos de Alto Riesgo para pacientes Críticos
<b>MIR</b>	Médico Interno Residente
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>MSCBS</b>	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ((desde 2018 hasta enero de 2020)
<b>MS</b>	Ministerio de Sanidad
<b>NAVM</b>	Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica
<b>NQF</b>	National Quality Forum
<b>NZ</b>	Neumonía Zero
<b>OCDE</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>PaSQ</b>	Patient Safety and Quality of care
<b>PBA</b>	Preparado de base alcohólica
<b>PROA</b>	Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos
<b>PSI</b>	Patient Safety Indicator
<b>RAE-CMBD</b>	Registro de Atención Especializada (antiguo CMBD)
<b>RAM</b>	Resistencia a los Antimicrobianos
<b>RDI</b>	Radiaciones Ionizantes
<b>RZ</b>	Resistencia Zero
<b>SAC</b>	Severity Assessment Code
<b>SBA</b>	Solución de base alcohólica
<b>SECA</b>	Sociedad Española de Calidad Asistencial
<b>SEMICYUC</b>	Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene
<b>SEMPSPH</b>	Subdirección General de Calidad y Cohesión
<b>SGCC</b>	Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
<b>SiNASP</b>	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
<b>SIMPATIE</b>	Safety Improvement for Patients in Europe
<b>SIS</b>	Sistema de Información Sanitaria
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SP</b>	Seguridad del Paciente
<b>SU</b>	Sonda Uretral
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>UFC</b>	Unidad Formadora de Colonias
<b>UGR</b>	Unidad de Gestión del Riesgo
<b>UPP</b>	Úlcera por Presión
<b>VM</b>	Ventilación Mecánica

# Coordinación y redacción

**Subdirección General Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad**

- o Yolanda Agra Valera.
- o Nuria Prieto Santos.

## Comunidades Autónomas

- o **Andalucía:** Eva Elvira Moreno Campoy y Paloma Trillo López.
- o **Aragón:** Mabel Cano del Pozo.
- o **Asturias:** Sara Mérida Fernández y María Belén Suárez Mier.
- o **Baleares:** Carlos Campillo Artero, María Olga Hidalgo Pardo y Marta Torres Juan.
- o **Canarias:** Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón.
- o **Cantabria:** José Luis Teja Barbero y Patricia Corro Madrazo.
- o **Castilla y León:** Tomás Maté Enríquez y Soledad Montero Alonso.
- o **Cataluña:** Laura Navarro Vila, Gloria Oliva Oliva y Jordina Capella González.
- o **Extremadura:** Manuel García Toro.
- o **Galicia:** María José López Pimentel y Olga Roca Bergantiños.
- o **La Rioja:** Belén Ruiz Nicolás y Pilar Sáenz Ortiz.
- o **Madrid:** Alberto Pardo Hernández y Cristina Navarro Royo.
- o **Murcia:** Pedro Parra Barrios y José Eduardo Calle Urra.
- o **Navarra:** Aránzazu Elizondo Sotro y Carmen Solvestre Busto.
- o **País Vasco:** Enrique Peiró Callizo y María Luisa Iruretagoyena Sánchez.
- o **Comunidad Valenciana:** María José Avilés Martínez y Vicente José Belda Torrent.
- o **Ingesa (Ceuta y Melilla):** María Antonia Blanco Galán.

## Ministerio de Sanidad

Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Ministerio de Sanidad.

- o María Angeles Gogorcena Aoiz.

- o Félix Miguel García.
  - o María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio.
  - o María Cristina Sanz Sebastián.
- Dirección General de Cartera Común de Servicio del SNS y Farmacia.
- o María del Carmen Perez Mateos.

## Otros expertos

- o *Francisco Alvarez Lerma* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias).
- o *Xavier Nuvials Casals* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias).
- o *Mercedes Catalán Gonzalez* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias).
- o *Inmaculada Fernández Moreno* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias).
- o *Rosa García Díez* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias).
- o *Jesús María Aranz Andrés* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública).
- o *Francisco Javier Lozano García* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública).
- o *Víctor Soria Aledo* (Facultativo especialista en Cirugía General. Servicio de Cirugía General Area 6 Vega Media. Servicio Murciano de Salud. Coordinador Científico de Cirugía Segura).
- o *Miguel Ruiz Marín* (Facultativo especialista en Cirugía General. Servicio de Cirugía Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Coordinador Científico de Cirugía Segura).

- o *Juan Francisco Navarro Gracia* (Facultativo especialista en Medicina Preventiva. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche. Coordinador Científico de Proyecto IQZ).
- o *María José Otero López* (Instituto del Uso Seguro del Medicamento. ISMP-España).
- o *Javier Zarzuela Jimenez* (Subdirector de protección Radiológica Operacional. Consejo de Seguridad Nuclear).
- o *María Luisa Ramirez Vera* (Consejo de Seguridad Nuclear).
- o *José Joaquín Mira Solves* (Catedrático de la Universidad Miguel Hernández).
- o *María Pilar Astier Peña* (Médico especialista en Atención Primaria y Comunitaria. Médica de Familia en CS. “La Jota”, Zaragoza).
- o *Carlos Aibar Remón* (Profesor Universidad de Zaragoza, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa).
- o *María del Mar Fernández Maíllo* (Directora de Área del Instituto Avedis Donabedian).
- o *Joaquim Bañeres Amella* (Director del Instituto Universitario Avedis Donabedian).
- o *María Inés Palanca Sánchez* (Subdirectora General de Gestión, IMSERSO).



# Definiciones

- **Conciliación de la medicación.** Proceso formal que consiste en obtener una lista completa y precisa de la medicación del paciente previo al ingreso y compararla con la que se ha prescrito al ingreso, en los traslados y al alta. Las discrepancias encontradas deben ser comentadas con el prescriptor y, si procede, deben ser corregidas. Los cambios realizados deben ser adecuadamente registrados y comunicados al siguiente proveedor de salud y al paciente.
- **Higiene de manos.** Término general para referirse a la eliminación de microorganismos con agentes desinfectantes, como el alcohol o el agua y jabón.
- **Identificación inequívoca de pacientes.** Procedimiento que permite tener la certeza de la identidad del paciente durante el proceso de atención a partir de la identificación de datos que solo pertenecen a ese paciente y no pueden ser compartidos por otros pacientes.
- **Medicamentos de alto riesgo.** Son aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves, o incluso mortales, cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de producirse un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.
- **Sistema de identificación y notificación de incidentes.** Sistema que requiere de la recolección de datos y análisis sobre todos los aspectos relacionados con la atención del paciente en los que ha habido una circunstancia inesperada que podría haber causado o ha causado un daño innecesario al paciente, para evitar su repetición a través del aprendizaje.



# Introducción

El documento titulado “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 29 de julio de 2015, recoge las líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones, para minimizar y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se acordaron con las Comunidades Autónomas (CC.AA.), Sociedades Científicas, La Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía y otros expertos en este campo.

Aunque la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS se ha venido monitorizando desde su inicio en el año 2006, a través de diferentes indicadores, se propuso una revisión de dicha evaluación para responder al nuevo periodo 2015-2020. En base a esa revisión se han actualizado los indicadores y se han incorporado otros métodos de evaluación que se detallan en el apartado de metodología.

Evaluar la Estrategia de Seguridad del Paciente es fundamental para conocer la efectividad de las acciones desarrolladas en los centros sanitarios de las CC.AA. que han realizado un despliegue de estas. Dicha evaluación permitirá disponer de información para analizar y buscar mejoras relacionadas con el desempeño de los profesionales sanitarios y los sistemas donde estos trabajan.



# Objetivos

Este documento describe los diferentes métodos que se van a utilizar para evaluar la Estrategia de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020.

Con la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente, se pretende:

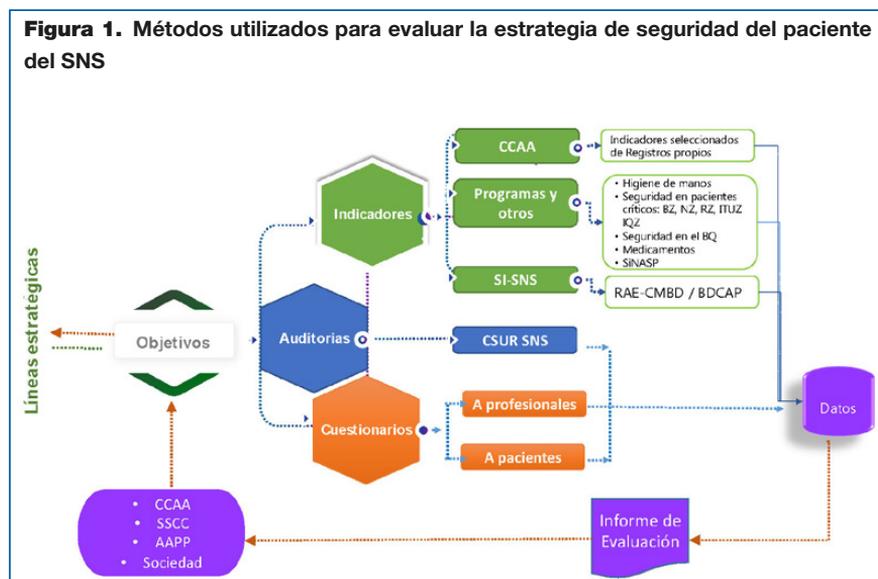
- Fomentar la seguridad del paciente en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
- Favorecer la transparencia en la información relacionada con la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.
- Promover, siempre que se pueda, la comparabilidad entre las diferentes CC.AA en aspectos relacionados con la seguridad del paciente, incluidos en la Estrategia, con el fin de identificar resultados exitosos y fomentar el aprendizaje colaborativo para la mejora.



# Metodología

Para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020 se utilizarán diferentes métodos: indicadores, resultados de las auditorías realizadas a los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) y los cuestionarios utilizados en diferentes programas de implementación de prácticas seguras: cuestionario de clima de seguridad (proyectos Zero, programa de cirugía segura) y **cuestionario de autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales (Figura 1)**. Esta información, una vez analizada y consensuada con las CC.AA. se pondrá a disposición de los profesionales del SNS y del público en general.

A continuación se describe cada uno de los métodos que se utilizarán en la evaluación de la Estrategia.





# 1. Indicadores

Los indicadores en seguridad del paciente permiten monitorizar situaciones de mejora asociados con la asistencia sanitaria, relacionados con la estructura, proceso o resultado. Además, deben permitir identificar de forma válida, incidentes que pueden precisar un análisis más profundo.

En evaluación sanitaria, un indicador se puede definir como el elemento medible de la práctica asistencial para el cual existe evidencia científica, o al menos consenso, de que puede ser utilizado para medir la calidad del cuidado ofrecido.

Los indicadores no permiten establecer relaciones causales entre el aspecto evaluado y el resultado obtenido, sino que sirven para “indicar” o aportar una pista sobre lo que está sucediendo.

Para la identificación de indicadores que permitan monitorizar la Estrategia de Seguridad del paciente se tuvieron en cuenta todos los indicadores disponibles:

- Los indicadores acordados con las CC.AA. y que se vienen recogiendo desde el año 2006, procedentes de sus propios registros.
- Los indicadores incluidos en los diferentes programas para la aplicación de prácticas seguras.
- Los indicadores obtenidos de los sistemas de notificación de incidentes a nivel nacional y de CC.AA.
- Los indicadores del SNS con fuente en el CMBD.

## 1.1. Indicadores acordados con las Comunidades Autónomas

### Metodología

La identificación y selección de estos indicadores se realiza en colaboración con las CC.AA. que serán las responsables de medir aquellos indicadores que dependan de sus servicios de salud.

Los indicadores propuestos para selección fueron identificados a partir de diferentes fuentes de datos, fundamentalmente de la base de datos de indicadores que ya se venían evaluando en la Estrategia de Seguridad

del Paciente (Periodo 2006-2014) y de aquellos otros que las CC.AA. venían midiendo en sus respectivas estrategias. La selección se hizo siguiendo un método de consenso estandarizado que se describe con detalle en este documento.

Los indicadores obtenidos del proceso de selección, no constituyen una propuesta cerrada para la monitorización de la Estrategia, sino que se pretende vayan siendo más precisos y robustos a lo largo del tiempo con la colaboración de todas las administraciones sanitarias, de forma que permitan evaluar y mejorar la seguridad del paciente en los centros sanitarios del SNS.

Se describe, a continuación, el proceso realizado para la identificación y selección de indicadores acordados con las CC.AA.

## Método Delphi

Se utilizó una técnica de consenso (método Delphi) con un panel de expertos constituido por el Comité Técnico Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente que evaluó, en febrero de 2017, los indicadores en dos rondas, aplicando una serie de criterios explícitos previamente establecidos.

Las condiciones para aplicar la técnica Delphi fueron:

- No interacción entre los participantes: aunque los participantes se conocen entre ellos, no interactuaron entre sí.
- Iteración y retroalimentación: incluyendo análisis de los datos obtenidos en la ronda previa (dos rondas).
- Explicitar los datos obtenidos del análisis estadístico de las respuestas.

Fases del método Delphi:



## Fase 1. Identificación de posibles indicadores

El objetivo central de esta fase era elaborar una propuesta inicial de indicadores que pudieran servir de base para la siguiente fase de consenso.

Inicialmente, se creó una lista con los indicadores que hasta ese momento se venían utilizando en seguridad del paciente a nivel nacional y autonómico. Para crear este listado se consultaron las siguientes fuentes de datos:

- Indicadores de la estrategia de Seguridad del Paciente 2006-2014:
  - o Indicadores del Programa Higiene de Manos del SNS.
  - o Indicadores de programas desarrollados en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente: Programa de Higiene de Manos, Programa Tolerancia Zero en las Unidades de Cuidados Intensivos, Sistema de Notificación SiNASP, Uso Seguro del Medicamento, etc.
- Indicadores recogidos en sistema de información del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre seguridad del paciente: a nivel de hospital (RAE-CMBD) y de atención primaria (BDCAP).
- Indicadores utilizados en la acción colaborativa *European Network of Patient Safety and Quality of care (PaSQ)*.

Además, se realizó una revisión de distintos documentos y proyectos nacionales e internacionales con objeto de recabar posibles nuevos indicadores relevantes de calidad a incorporarlos a la lista para su selección posterior. Para ello se consultaron las siguientes fuentes:

- Indicadores del Sistema Nacional de Vigilancia.
- Indicadores del proyecto Séneca (Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS).
- Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente.
- Indicadores de calidad para hospitales del SNS de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).
- Indicadores de calidad para atención primaria del SNS de la SECA.
- Indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).
- Indicadores del National Quality Forum (NQF).

- Información aportada por el Sistema de notificación de errores de medicamentos del ISMP-España.
- Proyecto SIMPATIE (Safety Improvement for Patients In Europe).
- Proyecto EuNetPaS.
- Proyecto Linnaeus.

El equipo coordinador realizó una lectura de estos documentos para la identificación de posibles indicadores a incluir en el listado.

Los indicadores idénticos y del mismo significado se descartaron y con los restantes se realizó un primer listado, clasificando los indicadores siguiendo las 6 líneas estratégicas de la Estrategia de SP del SNS:

1. Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación.
2. Prácticas clínicas seguras.
3. Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes.
4. La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad.
5. Investigación en seguridad del paciente.
6. Participación internacional.

Para cada uno de ellos se identificó la siguiente información:

- Denominación del indicador.
- Numerador y denominador del mismo.
- Aclaraciones de términos, cuando eran necesarias para la obtención del mismo.
- Referencias bibliográficas.

Tras esta revisión se identificaron un total de 87 indicadores para ser valorados por el panel de expertos.

### **Panel de expertos**

Estuvo constituido por los miembros del Comité Técnico Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente por ser las Comunidades Autónomas. Se trata de un grupo de 18 profesionales (que representan a las CC.AA. y a INGESA) que vienen coordinando y liderando las estrategias y programas de seguridad del paciente en su CC.AA. y que tienen formación y experiencia en este campo.

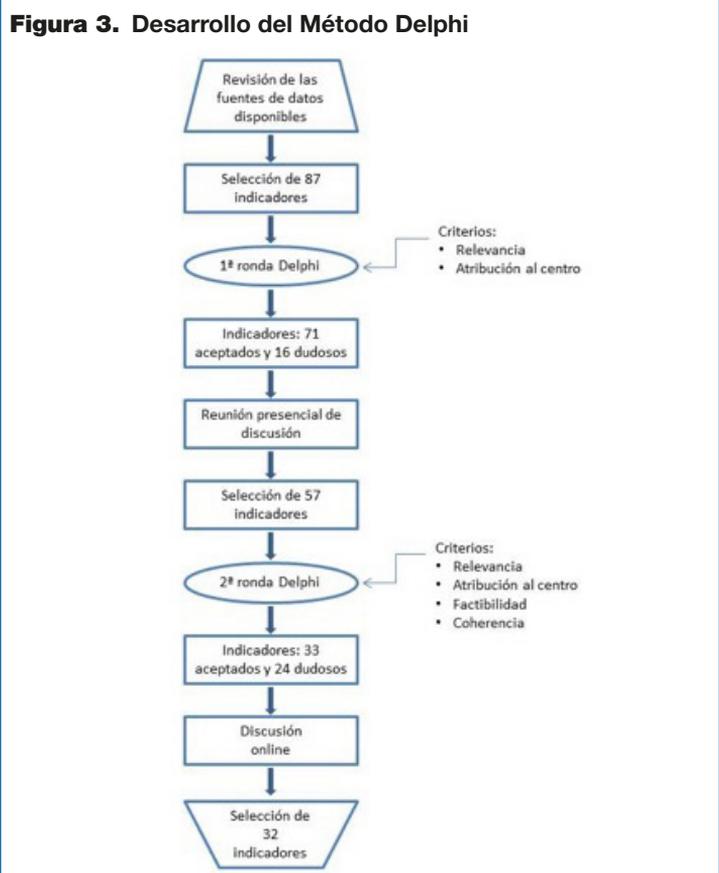
La selección de estos expertos se realizó teniendo en cuenta que son las CC.AA. las que tienen que proveer estos indicadores de acuerdo a su disponibilidad.

El contacto con los expertos se realizó a través de correo electrónico para explicarles el objetivo que se pretendía y solicitar su participación para la selección de los indicadores.

## Fase 2. Selección y priorización de los indicadores identificados

En esta fase se partió del conjunto de los 87 indicadores identificados en la fase previa con el objetivo de seleccionar los más adecuados para monitorizar la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Para la selección y consenso final de los indicadores, se diseñó un cuestionario online que se envió a los expertos en dos fases o rondas (Figura 2).



## Primera Ronda

Se diseñó un cuestionario online con todos los indicadores identificados en la fase anterior que fue remitido al panel de expertos en enero de 2016. Cada experto debía puntuar cada uno de los indicadores identificados del 1 al 9, en el que 1 representaba “no adecuado” o “innecesario” y 9 “muy adecuado” o “necesario”, con respecto a los siguientes criterios, previamente consensuados con las CC.AA:

- **Relevancia:** la mejora en este indicador se relaciona con la prevención/minimización del riesgo/daño.
- **Atribución al centro/organización:** los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial al centro/organización cuya calidad se pretende mejorar.

Según la puntuación concedida a cada indicador, se utilizó el valor de la mediana como aproximación al grado de importancia/acuerdo otorgado por el panel. Así, en función del tercil de la mediana, el grado de importancia de los indicadores se clasificó como: *elevado* (medianas entre 7 y 9), *medio* (4-6) o *escaso* (1-3).

Los criterios acordados para la aceptación/rechazo de los indicadores fueron:

- *Aceptación:* indicadores que obtengan el 70% o más de las puntuaciones de los panelistas en el tercil superior para los criterios valorados.
- *Rechazo:* indicadores que obtengan un 50% o menos de las puntuaciones en el tercil superior para los dos criterios valorados.
- *Duda:* indicadores con puntuación > de 50% y <70% se calificaron como dudosos.

Del total de 87 indicadores evaluados por los panelistas, se aceptaron 71 y se clasificaron 16 como dudosos. No hubo ningún indicador clasificado como rechazado (Anexo 1).

## Reunión presencial

A finales de febrero de 2016 se realizó una reunión presencial con el panel de expertos donde se presentaron los datos de los indicadores seleccionados

en la primera ronda (Anexo 1), según la puntuación obtenida para cada uno de ellos (tercil inferior, medio y superior de cada indicador para cada criterio evaluado).

Se discutió cada indicador (tanto aceptados como dudosos) y se determinó rechazar los dudosos y no incluir tampoco en la segunda ronda aquellos indicadores que, por estar incluidos en los programas de implementación de prácticas seguras, ya estaban siendo discutidos por sus grupos de trabajo.

No hubo acuerdo para incluir ningún nuevo indicador.

Al final quedaron 57 indicadores que pasaron a la segunda ronda de consulta.

Se discutieron y acordaron también, los criterios a utilizar en la segunda ronda, reformulando el criterio “Relevancia”.

## **Segunda ronda**

El cuestionario online, con los indicadores seleccionados tras la primera ronda y al reunión presencial, se remitió a los panelistas en abril de 2016.

Como en la primera ronda, cada experto debía puntuar cada uno de los indicadores identificados del 1 al 9, en el que 1 representaba “no adecuado” o “innecesario” y 9 “muy adecuado” o “necesario”, con respecto a los criterios acordados para esta ronda:

- Relevancia: importancia para la seguridad del paciente.
- Atribución al centro: los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial al centro sanitario evaluado.
- Factibilidad: las fuentes de información para la medición del indicador ya existen o el coste/esfuerzo de su recogida es menor que la información proporcionada por el mismo.
- Coherencia: el indicador es acorde con los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente de la CC.AA.

Se siguieron los mismos criterios acordados para la aceptación/rechazo de los indicadores que en la primera ronda.

Al final de esta segunda ronda se calificaron como aceptados 34 indicadores y 24 como dudosos (Anexo 1).

## Discusión Online

Los indicadores dudosos se discutieron con los panelistas, vía email.

Esta discusión sirvió para aclarar los aspectos que permitieron decidir si los indicadores dudosos se rechazaban o no en función de su utilidad y relevancia.

Tras la discusión, quedaron 32 indicadores a recoger por las CC.AA.

### Fase 3. Especificaciones técnicas de los indicadores seleccionados

El objetivo de esta fase era definir las características técnicas de cada indicador para facilitar así una recogida de datos homogénea por parte de todos los agentes implicados.

En el Anexo 1, se describen, cada uno de los indicadores finalmente seleccionados con media, mediana, rango, moda y desviación típica (en cada una de las fases). Las fichas descriptivas de cada uno de ellos, en cuanto a definición, aclaraciones, fuente de datos y modo de medición, se describen en el Anexo 2.

<b>Características técnicas de los indicadores</b>	
Nombre	Breve título descriptivo
Fórmula	Expresión matemática
Aclaraciones	Descripción de cualquier término/concepto que pueda estar sujeto a interpretaciones
Excepciones	Condiciones en las que no se evalúa el indicador, si las hubiera
Tipo de indicador	Estructura (E), Proceso (P) o Resultado (R)
Fuente de los datos	Organización, programa, base de datos, sistema de vigilancia o notificación de donde se van a obtener los datos
Frecuencia de entrega	Periodicidad en la provisión de los datos
Referencias	Fuentes bibliográficas

## 1.2. Indicadores incluidos en los diferentes programas para la aplicación de prácticas seguras

### Metodología

Los indicadores que se han incluido son aquéllos que se están evaluando en los diferentes programas orientados a la implantación de prácticas seguras

(Línea 2 de la estrategia de seguridad del paciente) y que se desarrollan en colaboración con las CC.AA. y el liderazgo técnico de las sociedades científicas.

Los programas, cuyos indicadores se incluyen aquí son:

- Programa de higiene de manos del Sistema Nacional de Salud. Programa que se viene desarrollando desde el año 2008 con un grupo de expertos de las CC.AA. y con los que se acordó una serie de indicadores que se han venido midiendo, y revisando anualmente, desde el año 2009<sup>22</sup>. En la revisión del año 2016, se acuerda reducir el número de indicadores (en base a criterios de validez) y se propone incluir dos indicadores de observación de higiene de las manos. Los indicadores finales son los que se incluyen en esta evaluación. Para la recogida de estos indicadores, se venía facilitando a los responsables de seguridad del paciente de las CC.AA. una base de datos en Excel con especificaciones para la obtención de la información. La forma de recogida de esta información es muy variable, ya que no existe una fuente de datos común y la información la aporta cada centro sanitario al responsable de seguridad en la CC.AA. No obstante, se solicita que cada CC.AA. haga una validación de los datos antes de remitirlos al MSCBS. Los indicadores se presentan en porcentajes para el SNS y por CC.AA.
- Programa de seguridad en los pacientes críticos. Se incluyen aquí los indicadores que se registran en la base de datos ENVIN-HELICS, correspondientes a los proyectos: BZ, NZ, RZ y ITUZ. Los datos de estos indicadores deben ser introducidos en la base de datos ENVI-HELICS<sup>23</sup> diariamente por el responsable de cada UCI. Los datos son analizados por la SEMICYUC, con la que el MSCBS tiene un acuerdo, que facilita datos agregados a nivel del SNS y de CC.AA. Los resultados se expresan en tasas.
- Programa de Infección quirúrgica Zero (IQZ). Este programa, en desarrollo desde el año 2017, incluye indicadores de proceso y resultado (tasas de infección de sitio quirúrgico de los procedimientos seleccionados por cada hospital participante) que se recogen en una base de datos específica del proyecto y que son analizados por la SEMPSPH, con la que el MSCBS tiene un acuerdo, que facilita datos agregados a nivel del SNS y de CC.AA.<sup>24</sup>

- Programa de Cirugía Segura. Este programa, en desarrollo desde el año 2017, incluye indicadores de proceso y resultado (tasas de infección de sitio quirúrgico de los procedimientos seleccionados por cada hospital participante) que se recogen en una base de datos específica del proyecto y que son analizados por la AEC, con la que el MSCBS tiene un acuerdo, que facilita datos agregados a nivel del SNS y de CC.AA.<sup>25</sup>

### 1.3. Indicadores obtenidos de los sistemas de notificación de incidentes a nivel nacional y de CC.AA.

#### Metodología

El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) es el sistema promovido por el MSCBS que actualmente es utilizado por 10 CC.AA. e INGESA.<sup>26</sup>

Los incidentes notificados al SiNASP se analizan y gestionan a nivel local y posteriormente, una vez de identificados, se analizan a nivel de CC.AA. y a nivel de SNS. Anualmente el MSCBS, hace público el informe de los incidentes notificados. En dicho informe se incluyen, además, los indicadores comunes acordados con las CC.AA. que utilizan otros sistemas de notificación.

Los indicadores del SiNASP se obtienen automáticamente a través de la plataforma del sistema y los de las CC.AA. que no utilizan este sistema, éstas los remiten anualmente al MSCBS.

### 1.4. Indicadores del SNS con fuente en bases de datos administrativas: RAE-CMBD y BDCAP

#### Metodología

#### RAE-CMBD

El Registro de Actividad de Atención Especializada, RAE-CMBD, se implanta en 2016 como nuevo modelo de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las altas hospitalarias incluyendo también otras áreas como,

hospital de día, gabinetes de técnicas y procedimientos de alta complejidad y urgencias y sector privado.

En este manual se incluyen solamente aquellos indicadores del RAE-CMBD relacionados con la seguridad del paciente.

## BDCAP

La Base de datos clínicos de atención primaria, BDCAP, recoge con carácter anual, información clínica codificada y normalizada sobre la atención prestada en el primer nivel de atención. Los datos se extraen de una amplia muestra aleatoria de las historias clínicas de la población asignada a atención primaria, con representación a nivel de comunidad autónoma. Las variables incluidas comprenden los problemas de salud activos, las intervenciones realizadas (interconsultas, procedimientos y farmacia) y una selección de resultados intermedios en salud.<sup>27</sup>

En este manual solo se recogen algunos indicadores que permiten tener información sobre algunas prácticas clínicas no recomendables por suponer un riesgo para los pacientes. Estos indicadores han sido identificados teniendo en cuenta las recomendaciones establecidas<sup>28</sup> y la disponibilidad de los datos a nivel nacional.

### 1.5. Resumen de los Indicadores para monitorizar la estrategia de Seguridad del Paciente

En las siguientes tablas se describen los 110 indicadores identificados finalmente, a través de las diferentes metodologías anteriormente mencionadas, según Líneas Estratégicas, objetivos, título del indicador, fórmula, tipo y fuente de datos. El significado de cada uno de estos términos se encuentra descrito en la tabla Características técnicas de los indicadores.

Línea Estratégica 1. Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación

### Objetivo 1. Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L1O1.1	CAP que disponen de un Plan de SP	Nº CAP de la CC.AA. que disponen de un plan de SP x 100 / Nº CAP de la CC.AA	E	CC.AA.
L1O1.2	Hospitales que disponen de un plan de SP	Nº hospitales de la CC.AA. que tienen un Plan de SP x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA.

Línea Estratégica 2. Prácticas clínicas seguras

### Objetivo 2.1. Promover el uso seguro del medicamento

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.1.1	Hospitales con protocolo para MAR	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de un protocolo para MAR x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L2O2.1.2	CAP con protocolo para MARC	Nº CAP de la CC.AA. que disponen de MARC x 100 / Nº t de CAP de la CC.AA	E	CC.AA
L2O2.1.3	Hospitales con acciones de mejora en seguridad de medicamentos	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de acciones de mejora de la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L2O2.1.4	Hospitales que realizan actuaciones de conciliación al alta	Nº hospitales de la CC.AA. que realizan acciones de conciliación al alta x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	P	CC.AA
L2O2.1.5	Dispensación BDZ a ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio	Nº pacientes ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio a las que se ha dispensado, en el año, al menos un envase de BDZ x 100 / Nº pacientes ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio	R	BDCAP
L2O2.1.6	Dispensación de AINEs en pacientes con ECV	Nº pacientes con ECV a los que se ha dispensado AINEs x 100 / Nº pacientes con ECV	R	BDCAP
L2O2.1.7	Dispensación de hipolipemiantes sin riesgo CV	Nº pacientes ≥ 75 años sin enfermedad cardiovascular a las que se ha dispensado hipolipemiantes	R	BDCAP

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.1.8	Dispensación de neurolépticos	Nº pacientes $\geq 65$ años con enfermedad de Parkinson o insomnio a los que se ha dispensado neurolépticos x 100 / Nº pacientes $\geq 65$ años con diagnóstico de insomnio o Parkinson	R	BDCAP
L2O2.1.9	Dispensación de BDZ para el tratamiento de insomnio en $\geq 75$ años	Nº de pacientes $\geq 75$ años con diagnóstico de insomnio a las que se ha dispensado BDZ x 100/ Nº de pacientes $\geq 75$ años con diagnóstico de insomnio	R	BDCAP
L2O2.1.10	Notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos y errores con daño	Nº Total de notificaciones al sistema	R	ISMP
L2O2.1.11	Número de actuaciones desarrolladas en el ISMP	Nº Total de actuaciones efectuadas	P	ISMP

## Objetivo 2.2. Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.2.1	Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención	Nº camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / Nº camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la CC.AA	E	CC.AA.
L2O2.2.2	Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención	Nº camas de hospitalización de la CC.AA. con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / Nº camas de hospitalización de la CC.AA	E	CC.AA.
L2O2.2.3	Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización	Nº litros entregados x 1000 / Nº total estancias en el periodo evaluado	R	CC.AA.
L2O2.2.4	Consumo preparados de base alcohólica en CAP	Nº litros PBA entregados x 10.000 / Nº total consultas en el período evaluado	R	CC.AA.
L2O2.2.5	Observación del cumplimiento de la higiene de manos	Nº acciones de higiene de las manos x 100 / Nº oportunidades de higiene de manos observadas	R	CC.AA.
L2O2.2.6	Observación del uso de PBA	Nº acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica x 100 / Nº oportunidades de higiene de manos observadas	R	CC.AA.

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.2.7	Incidencia de bacteriemia primaria	Nº episodios de bacteriemia x 1000 días de CVC / Nº días de CVC	R	Programa BZ
L202.2.8	Incidencia de BRC (confirmadas)	Nº episodios de bacteriemia confirmada x 1000 días de CVC / Nº días de CVC	R	Programa BZ
L202.2.9	Incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)	Nº episodios de NAVM x 1000 días de VM / Nº días de VM	R	Programa NZ
L202.2.10	Incidencia de Infección del tracto urinario por catéter (ITU-SU)	Nº episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / Nº días de sondaje	R	Programa ITUZ
L202.2.11	Porcentaje de pacientes con ITU-SU respecto al total de pacientes	Nº pacientes con ITU-SU x 100 pacientes / Nº pacientes	R	Programa ITUZ
L202.2.12	Ratio de utilización de sonda uretral	Días de sonda uretral / Nº estancias	R	Programa ITUZ
L202.2.13	Tasas de pacientes con $\geq 1$ BMR adquiridas en UCI	Nº pacientes ingresados en UCI con $\geq 1$ BMR adquiridas en UCI x 100 / Nº días de pacientes ingresados en UCI < 48h	R	Programa RZ

### Objetivo 2.3. Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.3.1	Hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura	Nº hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS
L202.3.2	Profesionales que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP	Nº profesionales de quirófano del hospital que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP x 100 / Nº profesionales de quirófano del hospital	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS
L202.3.3	Profesionales que completan la formación en SP prevista en el programa	Nº profesionales de quirófano del hospital que completan la formación para la aplicación del programa x 100 / Nº profesionales de quirófano del hospital	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS
L202.3.4	Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado el LVQ	Nº pacientes de la CC.AA. intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ x 100 / Nº pacientes intervenidos de cirugía programada en la CC.AA	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS

Objetivo	Titulo	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.3.5	Listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata	Nº LVQ en los que se detecta, durante su utilización, algún incidente que da lugar a una acción correctora inmediata x 100 / Nº LVQ cumplimentados	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS
L2O2.3.6	Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica	Nº pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis farmacológica con profilaxis tromboembólica correcta x 100 / Nº pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS
L2O2.3.7	Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico	Altas incluidas en el denominador con código CIE 10ES de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía x 100 / Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión	R	CMBD
L2O2.3.8	Utilización de etiquetado de medicación	Nº intervenciones donde se utiliza las etiquetas para medicación x 100 / Nº intervenciones realizadas	P	Programa de Cirugía Segura del SNS
L2O2.3.9	Tasa de reingresos en pacientes sometidos a intervención quirúrgica	Nº de reingresos en pacientes con alta previa con tipo de GRD quirúrgico x 100/ Nº total de altas de pacientes con tipo GRD quirúrgico	R	CMBD
L2O2.3.10	Trombosis venosa profunda postquirúrgica	Altas incluidas en el denominador con código CIE 10ES de trombosis venosa profunda en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en el que se ha realizado la cirugía x 100 / Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad >= 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión	R	CMBD
L2O2.3.11	Mortalidad hospitalaria en cirugía programada	Nº pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x100/ Nº pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso	R	CMBD

<b>Objetivo</b>	<b>Título</b>	<b>Formula</b>	<b>Tipo</b>	<b>Fuente de datos</b>
L202.3.12	Hospitales que tienen identificado un coordinador médico y enfermero del programa IQZ	Nº hospitales que tienen un coordinador médico y enfermero 100 / Nº hospitales	E	Proyecto IQZ
L202.3.13	Cumplimiento global de la profilaxis anti-biótica	Nº intervenciones con criterio cumplido x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ
L202.3.14	Cumplimiento global de la aplicación de clorhexidina alcohólica	Nº intervenciones con criterio cumplido x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ
L202.3.15	Cumplimiento global de la eliminación de vello	Nº intervenciones con criterio cumplido x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ
L202.3.16	Cumplimiento global de la normotermia	Nº intervenciones con criterio cumplido x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ
L202.3.17	Cumplimiento global de la normoglucemia	Nº intervenciones con criterio cumplido x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ
L202.3.18	Incidencia de eventos adversos ligados a la aplicación del protocolo IQZ	Nº eventos adversos ligados a IQZ x 100 / Nº intervenciones con LVQ recogidos	R	Proyecto IQZ
L202.3.19	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica global	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones x 100 / Nº intervenciones	R	Proyecto IQZ
L202.3.20.1	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización en cirugía de colon	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones de colon x 100 / Nº intervenciones de colon	R	Proyecto IQZ
L202.3.20.2	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización en prótesis de cadera (PTC)	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones en prótesis de cadera (PTC)x 100 / Nº intervenciones en prótesis de cadera (PTC)	R	Proyecto IQZ
L202.3.20.3	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en prótesis de rodilla (PTR)	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones en prótesis de rodilla (PTR)x 100 / Nº intervenciones en prótesis de rodilla (PTR)	R	Proyecto IQZ

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.3.20.4	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica en Bypass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB)	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones en Bypass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB) x 100 / Nº intervenciones en Bypass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB)	R	Proyecto IQZ
L2O2.3.20.5	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica En Bypass aortocoronario con sólo incisión torácica (CBGC)	Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones En Bypass aortocoronario con sólo incisión torácica (CBGC) x 100 / Nº intervenciones En Bypass aortocoronario con sólo incisión torácica (CBGC)	R	Proyecto IQZ
L2O2.3.21	Incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones	Nº re-ingresos por ILQ o BILQ / Nº intervenciones seleccionadas	R	Proyecto IQZ
L2O2.3.22	Incidencia de reintervención por ILQ-BILQ para todas las intervenciones	Nº reintervenciones por ILQ o BILQ x 100 / Nº intervenciones seleccionadas	R	Proyecto IQZ
L2O2.3.24	Neumotórax iatrogénico	Total, de altas con diagnóstico de neumotórax iatrogénico x100/ Total de altas	R	CMBD
L2O2.3.25	Sepsis postquirúrgica	Altas incluidas en el denominador con código de sepsis postquirúrgica en diagnóstico secundario x 10000 / Nº altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes $\geq 15$ años	R	CMBD
L2O2.3.26	Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adultos	Altas incluidas en el denominador con código 54.61 x 10000 / Nº altas de cirugía abdominopélvica en pacientes $\geq 15$ años	R	CMBD
L2O2.3.27	Hemorragia o hematoma postoperatorio	Nº altas en pacientes $\geq 15$ años con código de hemorragia perioperatoria o hematoma o de procedimiento relacionado con control de hemorragia o evacuación de hematoma en diagnósticos secundarios x 10000/ Nº total de altas 15 años o más	R	CMBD

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.3.28	Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento	Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en cualquier diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía. X100/Altas en pacientes de edad >= 15 años	R	CMBD
L202.3.29	Infección relacionada con la utilización de catéter venoso central	Altas con infección relacionada con la utilización de CVC x100/ Total de altas	R	CMBD
L202.3.30	Trombosis venosa profunda postquirúrgica en Cirugía de sustitución de cadera y rodilla	Altas incluidas en el denominador con código CIE 10ES de trombosis venosa profunda en cualquier campo diagnóstico Secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía de sustitución de cadera o rodilla x 100 / Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera o rodilla en pacientes con edad >= 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión	R	CMBD
L202.3.31	Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico en cirugía de sustitución de cadera y rodilla	Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía de sustitución de cadera o rodilla x 100/ Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera o rodilla en pacientes con edad >= 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión	R	CMBD

#### Objetivo 2.4. Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados del paciente

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.4.1	Pacientes ingresados con planes de cuidados	Nº pacientes ingresados con planes de cuidados en HC x 100 / Nº pacientes ingresados en la CC.AA	P	CC.AA
L202.4.2	Úlceras por presión			CMBD

L202.4.3	Pacientes ingresados > 48 h que han desarrollado UPP	Nº pacientes ingresados con estancia superior a 48 horas y que al ingreso no presentan UPP y desarrollan UPP / Nº pacientes ingresados con estancia superior a las 48 horas	R	CC.AA
L202.4.4	Caídas en pacientes hospitalizados	Nº caídas en pacientes hospitalizados x 100 / Nº altas de hospitalización	R	CC.AA
L202.4.5	Hospitales que cuentan con un protocolo de contención mecánica segura	Nº hospitales con protocolo de contención mecánica segura x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA

### Objetivo 2.5. Promover la identificación inequívoca del paciente

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.5.1	Hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de un Protocolo de identificación inequívoca de pacientes x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L202.5.2	Hospitales con Protocolo de Identificación inequívoca de Pacientes para procedimientos de riesgo	Nº hospitales de la CC.AA que disponen de un Protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L202.5.3	Hospitales con protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas	Nº hospitales de la CC.AA que disponen de un Protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA

### Objetivo 2.7. Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos graves en los centros sanitarios

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L202.7.1	Hospitales con plan para el abordaje de EA graves	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de un plan para el abordaje de EA graves x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L202.7.2	CAP con plan para el abordaje de EA graves	Nº CAP de la CC.AA. que disponen de un plan para el abordaje de EA graves x 100 / Nº CAP de la CC.AA	E	CC.AA

## Objetivo 2.8. Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

Objetivo	Titulo	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.8.1	Servicios de pediatría que han recibido formación sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante	Nº Servicios de Pediatría de la CC.AA. que han recibido formación en optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes x 100 / Nº Servicios de Pediatría de la CC.AA	P	CC.AA
L2O2.8.2	Hospitales que realizan un Mapa de Riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia y/o de Medicina Nuclear	Nº hospitales de la CC.AA que realizan un Mapa de Riesgos de los procesos en Radioterapia y /o Medicina Nuclear x 100 / Nº hospitales de la CC.AA que disponen de unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear	P	CC.AA
L2O2.8.3	Hospitales en los que se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia	Nº hospitales de la CC.AA, en los que se elabora un informe anual con los incidentes recogidos por la Unidad de Radioterapia x 100 / Nº hospitales de la CC.AA. con radioterapia en cartera de servicios	P	CC.AA

Línea Estratégica 3. Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

## Objetivo 3.1. Promover la gestión de riesgos en centros sanitarios

Objetivo	Titulo	Formula	Tipo	Fuente de datos
L3O3.1.1	Hospitales con Unidades de Gestión de Riesgo (UGR) funcionantes	Nº hospitales con Unidades de Gestión de Riesgos (UGR) operativas en la CC.AA x 100 / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L3O3.1.2	CAP con Unidades de Gestión de Riesgo (UGR) funcionantes	Nº CAP con Unidades de Gestión de Riesgos (UGR) operativas en la CC.AA x 100 / Nº CAP de la CC.AA	E	CC.AA

### Objetivo 3.2. Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L303.2.1	Hospitales con sistemas de notificación de incidentes	$N^{\circ}$ hospitales de la CC.AA en los que se utiliza algún Sistema de Notificación de incidentes $\times 100 / N^{\circ}$ hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L303.2.2	CAP con sistemas de notificación de incidentes	$N^{\circ}$ CAP de la CC.AA en los que se utiliza algún Sistema de Notificación de incidentes $\times 100 / N^{\circ}$ CAP de la CC.AA	E	CC.AA
L303.2.3	Notificaciones de incidentes procedentes de hospitales	$N^{\circ}$ notificaciones de incidentes procedentes de hospitales $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.4	Notificaciones de incidentes procedentes de AP	$N^{\circ}$ notificaciones de incidentes procedentes de AP $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.5	Notificaciones sin daño	$N^{\circ}$ notificaciones sin daño $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.6	Notificaciones con daño	$N^{\circ}$ notificaciones con daño $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.7	Notificaciones relacionadas con medicamentos	$N^{\circ}$ notificaciones por medicamentos $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.8	Notificaciones relacionadas con RDI	$N^{\circ}$ notificaciones por RDI $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones al sistema	R	CC.AA
L303.2.9	Incidentes notificados en el periodo de estudio	$N^{\circ}$ notificaciones registradas en el SINASP durante un determinado periodo y por CC.AA	P	SINASP
L303.2.10	Ratio de notificaciones en hospitales	$N^{\circ}$ incidentes notificados en el periodo analizado $\times 100 / N^{\circ}$ camas	R	SINASP
L303.2.11	Ratio de notificaciones en atención primaria	$N^{\circ}$ incidentes notificados en el periodo analizado $\times 100 / N^{\circ}$ consultas de AP	R	SINASP
L303.2.12	Gravedad de los incidentes notificados	$N^{\circ}$ notificaciones con SAC 1 y SAC 2 $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones recibidas en el periodo analizado	R	SINASP
L303.2.13	Identificación del notificante	$N^{\circ}$ notificaciones con notificante identificado $\times 100 / N^{\circ}$ notificaciones recibidas en el periodo analizado	P	SINASP

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L303.2.14	Tiempo medio de asignación de notificaciones	$\Sigma$ de los días desde la recepción de las notificación hasta su asignación a un gestor / N° notificaciones asignadas a un gestor en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.15	Tiempo medio de gestión de las notificaciones	$\Sigma$ del tiempo de gestión de las notificaciones / N° notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.16	Notificaciones >1 mes no gestionadas	N° notificaciones recibidas hace más de 30 días no gestionadas x 100 / N° notificaciones recibidas hace >30 días	P	SINASP
L303.2.17	Notificaciones con acciones de gestión documentadas	N° notificaciones gestionadas con acciones de gestión documentadas x 100 / N° notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.18	Notificaciones SAC1 y SAC2 con indicación de ACR	N° notificaciones SAC 1 y SAC 2 en que se ha indicado un ACR como método de gestión x 100 / N° notificaciones SAC 1 y SAC 2 gestionadas en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.19	Notificaciones con indicación de ACR	N° notificaciones en que se ha indicado un ACR como método de gestión x 100 / N° notificaciones gestionadas en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.20	ACR finalizados	N° Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados x 100 / N° notificaciones gestionadas en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.21	Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones	N° reuniones del grupo encargado del análisis de las notificaciones en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.22	Envío de email a los notificantes	N° notificaciones con emails de feedback enviados x 100 / N° notificaciones con dirección de email del notificante gestionadas en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.23	Informes guardados en el sistema	N° informes guardados en la aplicación SiNASP en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.24	Informes difundidos a los profesionales	N° informes de feedback difundidos a los profesionales del centro en el periodo analizado	P	SINASP
L303.2.25	Sesiones de presentación de casos	N° sesiones de presentación de casos de notificaciones realizadas en el periodo analizado	P	SINASP

Línea Estratégica 4. La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

**Objetivo 1. Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente**

Objetivo	Titulo	Formula	Tipo	Fuente de datos
L4O4.1.1	Hospitales con plan de acogida para los pacientes ingresados	Nº hospitales que disponen de un protocolo de acogida para pacientes ingresados / Nº hospitales de la CC.AA	E	CC.AA
L4O4.1.2	Hospitales que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes	Nº hospitales que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes / Nº total de hospitales de la CC.AA	P	CC.AA
L4O4.1.3	Centros de atención primaria que realizan acciones formativas sobre SP con para los pacientes	Nº CAP que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes/Nº total de CAP de la CC.AA	P	CC.AA
L4O4.1.4	Hospitales con protocolo de acompañamiento de pacientes hospitalizados	Nº hospitales que disponen de un protocolo de acompañamiento de paciente hospitalizado / Nº total hospitales de la CC.AA	E	CC.AA

Línea Estratégica 5. Investigación en seguridad del paciente

**Objetivo 1. Promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria**

Los indicadores descritos en este Manual, serán nuevamente valorados, con las CC.AA en función de su relevancia en la evaluación de la estrategia para considerar cuales se mantienen en monitorización continua y cuales se descartan.



## 2. Evaluación de centros y unidades de referencia (CSUR)

Para la acreditación de los CSUR se han determinado una serie de criterios y estándares en base a:

- Los criterios o requisitos establecidos, mediante acuerdo en el Consejo Interterritorial, para cada una de las patologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Estos criterios están referidos a la experiencia, recursos, indicadores y sistemas de información de los servicios y unidades.
- Los criterios específicos y condiciones que deben cumplir los prestadores de asistencia sanitaria vinculados en una Red Europea de Referencia establecidos en la Decisión Delegada de la Comisión Europea de 10/03/2014. Estos criterios están referidos al área de especialización, experiencia y resultados de la asistencia, así como a los recursos humanos, estructurales y de equipamiento y a la organización de los cuidados.
- Los requisitos genéricos establecidos para el caso de que el servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud se constituya en base a una alianza entre centros acordados en el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia el 21/02/2013.
- La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los criterios y estándares se han agrupado en 9 bloques. El bloque número V incluye el criterio 8 referentes a seguridad del paciente. Este criterio incluye estándares acordados con las CC.AA. en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Los estándares incluidos en el criterio de seguridad del paciente para la acreditación de los CSUR, permiten demostrar a la Unidad que implanta medidas para garantizar un proceso de atención sanitaria seguro. Más allá de la obligación de todo profesional de no hacer daño con sus actuaciones, la Unidad debe poner en marcha iniciativas y estrategias para

identificar y minimizar los riesgos para los pacientes que son inherentes a la atención que realiza.<sup>29</sup>

Estándares que se evaluarán en los centros y unidades de referencia:

1. La unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de los pacientes que se realiza por los profesionales de la unidad, prioritariamente, de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas (aplica a todas las unidades).
2. La unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención (aplica a todas las unidades).
3. La unidad realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS (aplica a todas las unidades).
4. La unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras (aplicable en caso de unidades con actividad quirúrgica).
5. La unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BRC) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos).
6. La unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) (aplicable en caso de disponer de unidad de cuidados intensivos o críticos).
7. La unidad tiene implantado programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU) (aplica a todas las unidades).
8. La unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo (aplica a todas las unidades).
9. La unidad tiene implantado protocolo de prevención de úlceras de decúbito (aplicable en caso de que la unidad atienda pacientes de riesgo).
10. La unidad conoce, tiene acceso y participa en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente de su hospital. El hospital realiza análisis de los incidentes, especialmente aquellos con alto riesgo de producir daño.

### 3. Cuestionarios

Para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente durante el periodo 2015-2020, se utilizarán los datos de la Versión española del Hospital Survey on Patient Safety<sup>30</sup>. Este cuestionario se está utilizando en el Programa de Seguridad de los pacientes críticos y en el Programa de Cirugía Segura del SNS.

Otros cuestionarios sobre percepción de los profesionales, utilizados con anterioridad al año 2015<sup>31</sup> no serán incluidos en la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020.



## 4. Anexo 1. Resultados del método Delphi

Tras la primera ronda del estudio Delphi se obtuvo una respuesta del 100% de los participantes.

Se valoraron un total de 87 indicadores según su relevancia y atribución al centro, mediante una escala tipo Likert de 1 al 9 (donde 1 significa no adecuado o innecesario, mientras que 9 significa muy adecuado o necesario). Los indicadores se han clasificado, en función del tercil donde se ha situado la mediana de las puntuaciones, según se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Porcentaje de indicadores con acuerdo  $\geq 70\%$  en el tercil superior, según los criterios de relevancia y atribución al centro**

Línea Estratégica	Relevancia	Atribución al centro
Línea 1	80%	80%
Línea 2	81%	83%
Línea 3	70%	90%
Línea 4	60%	80%
Línea 5	50%	100%
Línea 6	0%	100%

Tras la primera ronda Delphi y reunión presencial se seleccionaron 57 indicadores que pasaron a la segunda ronda Delphi.

La tabla 2 representa los indicadores aceptados (tercil superior  $\geq 70\%$ ) tras la 2ª ronda Delphi, según los criterios de relevancia, atribución al centro, factibilidad y coherencia.

No se incluyeron en el Delphi los indicadores obtenidos de los programas de prácticas seguras desarrollados a nivel de SNS, ni los de otras fuentes centralizadas del Ministerio de Sanidad.

**Tabla 2. Indicadores aceptados (acuerdo en el tercil superior  $\geq 70\%$ ) tras la 2ª ronda Delphi, según los criterios de relevancia, atribución al centro, factibilidad y coherencia**

Indicador	Relevancia	Atribución al centro	Factibilidad	Coherencia
Hospitales con plan de Seguridad del Paciente	89%	89%	89%	94%
CAP que disponen de un plan de Seguridad del Paciente	94%	89%	89%	94%
CC.AA. con plan de formación en Seguridad del Paciente	94%	89%	89%	94%
Hospitales con protocolo para medicamentos de alto riesgo (MAR)	94%	94%	83%	94%
Hospitales con acciones de mejora de la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedcados	94%	89%	72%	94%
Pacientes con adecuada profilaxis antibiótica en cirugía programada	94%	83%	72%	100%
Hospitales Programas PROA o similar	100%	94%	83%	89%
Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado el LVQ	100%	100%	83%	100%
Pacientes ingresados con planes de cuidados en la HC	89%	83%	72%	89%
Pacientes dados de alta con plan de cuidados en el informe de alta	100%	94%	72%	100%
Pacientes con valoración de riesgo de padecer UPP realizada en las primeras 24 h del ingreso	100%	94%	89%	100%
Pacientes ingresados > 48h que han desarrollado UPP	94%	94%	78%	94%
Pacientes con valoración de riesgo de caídas realizado en las primeras 24 h del ingreso	100%	94%	83%	94%
Caídas en pacientes hospitalizados	100%	89%	78%	94%
Centros que cuentan con un protocolo para la atención de pacientes con contención mecánica terapéutica	94%	94%	44%	89%
CC.AA. con programa/protocolo para la detección y abordaje del dolor	89%	89%	72%	89%
Hospitales con Protocolo de Identificación inequívoca de Pacientes	100%	94%	100%	100%
Hospitales con Protocolo de Identificación inequívoca de Pacientes para procedimientos de riesgo	100%	94%	89%	100%

**Tabla 2. Indicadores aceptados (acuerdo en el tercil superior  $\geq 70\%$ ) tras la 2ª ronda Delphi, según los criterios de relevancia, atribución al centro, factibilidad y coherencia**

Indicador	Relevancia	Atribución al centro	Factibilidad	Coherencia
Hospitales con protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas	94%	94%	83%	94%
Hospitales y Centros de atención primaria con plan para el abordaje de EA graves	100%	89%	78%	94%
Servicios de pediatría que han recibido formación sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante	94%	89%	72%	94%
Hospitales en los que existe un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia y/o de Medicina Nuclear	89%	83%	72%	89%
Hospitales en los que se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia	89%	89%	78%	94%
Hospitales con Unidades de Gestión de Riesgo (UGR) funcionantes	94%	94%	88%	94%
Centros de atención primaria con UGR funcionantes	94%	82%	76%	94%
Hospitales con sistema de notificación de incidentes	100%	100%	88%	100%
Centros de atención primaria con sistema de notificación de incidentes	100%	88%	76%	100%
Hospitales que hacen Informes anuales del Sistema de Notificación sobre incidentes	94%	100%	94%	100%
Notificaciones que presentan acciones de mejora	100%	88%	76%	100%
Mejoras propuestas, tras el análisis de incidentes, que son implantadas	100%	76%	65%	100%
Número de hospitales con plan de acogida para los pacientes ingresados	94%	94%	94%	94%
Número de hospitales que realizan acciones formativas/informativas sobre SP con los pacientes	100%	100%	76%	100%
Centros de atención primaria que realizan acciones informativas/formativas sobre SP con los pacientes	100%	100%	71%	100%

**Tabla 2. Indicadores aceptados (acuerdo en el tercil superior  $\geq 70\%$ ) tras la 2ª ronda Delphi, según los criterios de relevancia, atribución al centro, factibilidad y coherencia**

Indicador	Relevancia	Atribución al centro	Factibilidad	Coherencia
Hospitales con procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados	88%	88%	76%	88%

Los indicadores “CAP con protocolo para MARC” y “CAP con plan para el abordaje de EA graves”, no alcanzaron acuerdo en el criterio factibilidad, pero en reunión posterior se acordó incluirlo para mejorar la implicación de atención primaria.

El indicador “CC.AA con programa/protocolo para la detección y abordaje del dolor” se suprimió porque hay un proyecto en marcha, al respecto, en el marco de la Estrategia para la mejora del abordaje del dolor en el SNS.

Los indicadores, “Pacientes con adecuada profilaxis antibiótica en cirugía programada” y “Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se ha aplicado LVQ” se acordó recogerlo a través del Programa de Cirugía segura del SNS. Por eso la profilaxis antibiótica, se refiere como “Intervenciones en las que consta se ha realizado profilaxis antibiótica”.

El indicador hospitales que realizan actuaciones de conciliación al alta se acordó incluirlo a posteriori. Igualmente, existen otros indicadores que fueron excluidos por diferentes motivos a petición de las CC.AA.

Los indicadores “CC.AA con plan de formación en Seguridad del Paciente” y “Mejoras propuestas, tras el análisis de incidentes, que son implantadas” se decidió finalmente, no incluirlos. El primero porque al tener todas las CC.AA formación en SP no parecía relevante y el segundo porque no se podía evaluar en todas las CC.AA:

# Anexo 2. Características de los indicadores

## Línea Estratégica 1. Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación

### OBJETIVO GENERAL 1

Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos

#### **L101.1-Centros de Atención Primaria (CAP) que disponen de un plan de Seguridad del Paciente (SP)**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº CAP de la CC.AA. que disponen de un plan de SP}}{\text{Nº CAP de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Plan de SP: documento que incluye fecha de vigencia y responsable y que además contempla objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales.

El plan debe incluir información anual de las acciones desarrolladas, de su evaluación y del plan de difusión desarrollado para conocimiento de todos los profesionales del centro.

El Plan puede ser específico del propio centro o general de la CC.AA.

Se consideran CAP de la CC.AA aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Se excluyen consultorios locales.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### **Referencias:**

Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. 2009 Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia\\_aplicacion\\_estrategia\\_multimodal\\_OMS\\_HM.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia_aplicacion_estrategia_multimodal_OMS_HM.pdf)

## L101.2-Hospitales que disponen de un plan de Seguridad del Paciente (SP)

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ hospitales de la CC.AA. que tienen un Plan de SP}}{\text{N}^{\circ} \text{ hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Plan de SP: documento que incluye fecha de vigencia y responsable y que además contempla: objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales.

El plan debe incluir información anual de las acciones desarrolladas, de su evaluación y del plan de difusión desarrollado para conocimiento de todos los profesionales del centro.

El Plan puede ser específico del propio centro o general de la CC.AA.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha

Contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. 2009. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/comision-europea/>

<https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/comision-europea/>

## Línea Estratégica 2. Prácticas clínicas seguras

### OBJETIVO GENERAL 2.1

#### Promover el uso seguro del medicamento

##### **L202.1.1-Hospitales con protocolo para medicamentos de alto riesgo (MAR)**

###### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de un protocolo para MAR}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

###### **Aclaraciones**

Medicamentos de alto riesgo: aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

Protocolo para medicamentos de alto riesgo: documento en vigor que contempla fecha y responsable y además incluye: listado de los MAR del hospital así como acciones para la identificación clara de dichos MAR, limitar el número de presentaciones, almacenar presentaciones similares en diferentes lugares, establecer sistemas de doble chequeo, centralizar la preparación de medicamentos intravenosos y estandarizar la prescripción, dosificación y seguimiento y la concentración de soluciones y establecer alertas de dosis máximas.

El protocolo tiene que estar revisado y actualizado anualmente.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de los resultados:** Anual.

###### **Referencias:**

Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.2007 Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>

## L202.1.2-CAP con protocolo para medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC)

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº CAP (o Gerencias) de la CC.AA. que disponen de un protocolo para MARC}}{\text{Nº CAP de la CC.AA.}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Protocolo para Medicamentos de Alto riesgo en pacientes Crónicos (MARC): documento en vigor que contempla fecha y responsable y además incluye: listado de MARC, así como acciones para que todos los profesionales conozcan los MARC. En el caso de medicamentos almacenados en el CAP, se especificará que procedimiento se sigue para la identificación clara de los mismos, especialmente en el caso de presentaciones similares (etiquetas distintivas, almacenamiento diferenciado, etc.), acciones de formación de los profesionales y establecimiento de alertas de dosis máximas.

El protocolo tiene que estar revisado y actualizado anualmente.

Se consideran CAP de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

Cuando el dato se dé por Gerencias, indicar nº de CAP en la Gerencia.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Informe 2014. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_marc\\_nipo.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf)

### **L202.1.3-Hospitales con acciones de mejora de la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedificados**

#### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de acciones de mejora de la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedificados}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

Acciones de mejora: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedificados.

Se consideran pacientes polimedificados aquellos que tienen prescritos  $\geq 6$  medicamentos al día.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

- Medication Without Harm-Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
- M. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017; 17: 230. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
- Plan Estratégico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria sobre Atención Farmacéutica al Paciente Crónico. Disponible en: [https://www.sefh.es/sefhpdfs/plan\\_estrategico\\_sefh\\_af\\_paciente\\_cronico2012.pdf](https://www.sefh.es/sefhpdfs/plan_estrategico_sefh_af_paciente_cronico2012.pdf)

#### L202.1.4-Hospitales que realizan acciones de conciliación al alta

##### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. que realizan acciones de conciliación al alta}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones

Debe incluir la elaboración de un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, su entrega al paciente y remisión al nivel asistencial siguiente.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

- Boletín nº 34 (2011): Recomendaciones para la prevención de errores de medicación ISMP-España. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Bolet%C3%ADn%20n%C2%BA%2034%20%28Diciembre%202011%29.pdf>
- Medication Without Harm-Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>
- INFAC. Conciliación de la medicación. Osakidetza, 2013 Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2013/es\\_def/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_21\\_n\\_10.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf)

#### L202.1.5-Dispensación de BDZ para el tratamiento de insomnio en ≥65años

##### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio a los que se ha dispensado BDZ}}{\text{Nº pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones

Insomnio: P06-Trastornos del sueño

Numerador: BDZ que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos N05BA, N05BB, N05BE, N05CD y N05CF.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** BDCAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702>
- Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Revista Española de Geriatria y Gerontología Vol. nº44. Núm. 5 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310>

## L202.1.6-Dispensación de AINEs en pacientes con enfermedad cardiovascular (ECV)

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes con ECV o ERC a los que se ha dispensado AINEs}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con ECV o ERC.}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Enfermedad cardiovascular (ECV):

- K74 Isquemia cardiaca con angina.
- K75 Infarto agudo de miocardio.
- K76 Isquemia cardiaca sin angina.
- K77 Insuficiencia cardiaca.
- K87 Hipertensión arterial con afectación de órgano diana.
- K89 Isquemia cerebral transitoria.
- K90 Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía.
- K91 Enfermedad cerebrovascular.
- K92 Enfermedad arterial periférica.

Enfermedad renal crónica (ERC): U99.01.

Numerador: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos M01A y M01B.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** BDCAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

- Diclofenac: new contraindications and warnings. Disponible en: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/diclofenac-new-contraindications-and-warnings>
- Aceclofenac (Preservex): updated cardiovascular advice in line with diclofenac and COX-2 inhibitors. Disponible en: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/aceclofenac-preservex-updated-cardiovascular-advice-in-line-with-diclofenac-and-cox-2-inhibitors>
- High-dose ibuprofen ( $\geq 2400\text{mg/day}$ ): small increase in cardiovascular risk. Disponible en: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/high-dose-ibuprofen-2400mg-day-small-increase-in-cardiovascular-risk>
- F Salvo et al. Cardiovascular and Gastrointestinal Safety of NSAIDs: A Systematic Review of Meta-Analyses of Randomized Clinical Trials. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.45>
- B. R. Gunter et al. Non-steroidal anti-inflammatory drug-induced cardiovascular adverse events: a meta-analysis. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12484>.
- Wehling M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. Eur J Clin Pharmacol. 2014 Oct; 70(10):1159-72. doi: 10.1007/s00228-014-1734-6. Epub 2014 Aug 28. Review. PMID: 25163793.

## L202.1.7-Dispensación de hipolipemiantes en ≥ 75 años sin ECV

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes } \geq 75 \text{ años sin ECV a los que se ha dispensado hipolipemiantes.}}{\text{Población asignada } \geq 75 \text{ años sin ECV}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Enfermedad cardiovascular (ECV):

- K74 Isquemia cardiaca con angina.
- K75 Infarto agudo de miocardio.
- K76 Isquemia cardiaca sin angina.
- K77 Insuficiencia cardiaca.
- K89 Isquemia cerebral transitoria.
- K90 Accidente cerebrovascular/ictus/apoplejía.
- K91 Enfermedad cerebrovascular.
- K92 Enfermedad arterial periférica.

Numerador: hipolipemiantes que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos C10A y C10B.

Población asignada: ≥ 75 años.

**Tipo de indicador:** Indicador de resultado.

**Fuente de datos:** BDCAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702>
- Timo E. Strandberg, et al. Statin treatment is associated with clearly reduced mortality risk of cardiovascular patients aged 75 years and older. *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 63, Issue 2, February 2008, Pages 213-214, <https://doi.org/10.1093/gerona/63.2.213>. Publicado: 1 de febrero de 2008.
- Shepherd J et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 360:1623-1630.
- Martin Bødtker Mortensen et al. Primary Prevention With Statins in the Elderly. *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 71, Issue 1, 2018, pp. 85-94.
- C. Baigent et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*, 376 (2010), pp. 1670-1681.

### L202.1.8-Dispensación de neurolépticos en ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio o Parkinson a los que se ha dispensado neurolépticos}}{\text{Nº de pacientes } \geq 65 \text{ años con diagnóstico de insomnio o Parkinson.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Insomnio: P06-Trastornos del sueño.

Parkinson: N87-Enfermedad de Parkinson/parkinsonismo.

Numerador: neurolépticos que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos: N05AA, N05AB, N05AC, N05AD, N05AE, N05AF, N05AG, N05AH, N05AL, N05AX.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** BDCAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702>
- Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Revista Española de Geriatría y Gerontología Vol. nº44. Núm. 5 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310>

### L202.1.9-Dispensación de BDZ para el tratamiento de insomnio en ≥75años

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº de pacientes } \geq 75 \text{ años con diagnóstico de insomnio a los que se ha dispensado BDZ}}{\text{Nº de pacientes } \geq 75 \text{ años con diagnóstico de insomnio.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Insomnio: P06-Trastornos del sueño.

Numerador: BDZ que se han dispensado en el año, al menos un envase de alguno de los medicamentos de los grupos N05BA, N05BB, N05BE, N05CD y N05CF.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** BDCAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13702>
- Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prescripcion-inapropiada-medicamentos-los-pacientes-S0211139X09001310>

### **L202.1.10-Notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos y errores con daño (N° Total)**

#### **Aclaraciones**

Los errores de medicación incluyen errores de prescripción, errores en la interpretación de las órdenes médicas por ser ambiguas o incompletas, confusiones en la dispensación o administración de medicamentos por envasado o etiquetado parecido, administración de un medicamento por una vía inapropiada o en dosis incorrectas, etc.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** ISMP-España.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Programa de Notificación de errores de medicación. Adherido al Programa Internacional de Notificación de Errores de Medicación. <http://www.ismp-espana.org/ficheros/formulario.pdf>

### **L202.1.11-Tipo y número de comunicaciones desarrolladas en el ISMP (N° Total)**

#### **Aclaraciones**

Como consecuencia del análisis de las notificaciones recibidas en el ISMP. Este indicador recuenta el tipo y número de comunicaciones desarrolladas por el ISMP.

**Tipo de indicador:** Indicador de proceso.

**Fuente de datos:** ISMP-España.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Programa de Notificación de errores de medicación. Adherido al Programa Internacional de Notificación de Errores de Medicación. <http://www.ismp-espana.org/ficheros/index/3>

## OBJETIVO GENERAL 2.2

### Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria (IAAS)

#### L202.2.1-Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

##### Fórmula de cálculo

Nº camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con PBA  
en el punto de atención

$$\frac{\text{Nº camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con PBA en el punto de atención}}{\text{Nº camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones:

Preparado de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención: disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente.

*No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros, bateas, etc.*

Punto de atención: es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente y todas las superficies y objetos inanimados en contacto con el paciente (por ejemplo, barandillas de la cama, ropa de cama, tubos de infusión, timbre, etc.).

Los PBA de bolsillo se incluirán cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital.

Numerador: Nº camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales) con PBA (fijos o de bolsillo) en el punto de atención.

Denominador: Nº camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales), solo de los Centros que aportan datos.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de los datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia\\_aplicacion\\_estrategia\\_multimodal\\_OMS\\_HM.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia_aplicacion_estrategia_multimodal_OMS_HM.pdf)

## L202.2.2-Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº camas de hospitalización de la CC.AA. con preparados de base alcohólica en el punto de atención}}{\text{Nº camas de hospitalización de la CC.AA.}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Preparado de Base Alcohólica en el punto de atención: Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente.

*No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que se transportan en carros bateas, etc.*

Punto de atención: Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente.

Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente y todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc.).

PBA de bolsillo: Se incluirán cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital.

Numerador: Nº camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) con preparados de base alcohólica (fijo o de bolsillo) en el punto de atención (incluido urgencias).

Denominador: Nº camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) de todos los servicios del hospital (incluido urgencias).

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

### Excepciones

Se excluyen las camas de Psiquiatría.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de los datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia\\_aplicacion\\_estrategia\\_multimodal\\_OMS\\_HM.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia_aplicacion_estrategia_multimodal_OMS_HM.pdf)

### L202.2.3-Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº litros entregados}}{\text{Nº estancias en el periodo evaluado}} \times 1.000.$$

#### Aclaraciones

Numerador: Nº litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en los distintos servicios del hospital (solo unidades o plantas de hospitalización).

Denominador: se refiere a las estancias de los pacientes hospitalizados, siendo “Estancia= Fecha de alta-Fecha de ingreso”, durante el periodo de cálculo del indicador. Nº estancias en todos los servicios.

Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización.

Fecha de alta: Fecha en la que el paciente es dado de alta (por curación o mejoría, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento) en el hospital y abandona una cama definida como de hospitalización.

Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.

Se debe especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma).

#### Excepciones

Numerador: se excluyen los PBA entregados en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

Denominador: se excluyen los atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospitales de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuentes de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

– Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia\\_aplicacion\\_estrategia\\_multimodal\\_OMS\\_HM.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guia_aplicacion_estrategia_multimodal_OMS_HM.pdf)

– Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission; 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh_monograph.pdf)

## L202.2.4-Consumo de preparados de base alcohólica en centros de atención primaria (CAP)

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº litros PBA entregados en el CAP}}{\text{Nº consultas en el período evaluado.}} \times 10.000.$$

### Aclaraciones:

Nº consultas en el período evaluado: Se refiere a la suma de consultas realizadas diariamente, programadas y a demanda, de medicina de familia, pediatría y enfermería, tanto en el centro de salud como en el domicilio, durante el período evaluado.

Denominador: Nº consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, tanto en el centro de salud como en el domicilio.

Se debe especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma).

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

- La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos". Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/HM%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20ambulatoria.pdf>
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission, 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh_monograph.pdf)

## L202.2.5-Observación del cumplimiento de higiene de manos

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº acciones de higiene de manos}}{\text{Nº oportunidades de higiene de manos observadas}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Acciones de higiene de manos que se realizan con preparado de base alcohólica (PBA) o con agua y jabón según la metodología de los 5 momentos de la OMS.

Oportunidad para la higiene de las manos: momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.

Se seguirá la metodología de observación de la OMS. Se realizará la observación al menos de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

En Hospital: se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y servicio evaluado. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital. El resultado del indicador se daría por hospital. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por servicios.

En Atención Primaria: se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y consulta (de medicina de familia, pediatría o enfermería) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas del centro de salud.

El resultado del indicador se daría por centro de salud. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por consulta.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 2009. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual\\_tecnico.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf)
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission, 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh_monograph.pdf)

## L202.2.6-Observación del uso de PBA

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica}}{\text{Nº oportunidades de higiene de manos observadas}} \times 100.$$

### Aclaraciones:

Acciones de higiene de manos sólo con preparado de base alcohólica (PBA) según la metodología de los 5 momentos de la OMS.

Oportunidad para la higiene de las manos: momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.

Se seguirá la metodología de observación de la OMS. Se realizará la observación al menos de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

En Hospital: se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y servicio del hospital evaluado. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital.

En Atención Primaria: se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y consulta (de medicina de familia, pediatría o enfermería) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra, Organización Mundial de la salud, 2009. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual\\_tecnico.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf)
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission, 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/hai/hh_monograph.pdf)

### L202.2.7-Incidencia de Bacteriemia Primaria

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº episodios de bacteriemia "Primaria"}}{\text{Nº días de CC.}} \times 1.000.$$

#### Aclaraciones

Bacteriemia según criterios de ENVIN-HELICS. Bacteriemia primaria (BP) incluyen las bacteriemias relacionadas con catéter (BRC) y las bacteriemias de origen desconocido (BOD). El denominador: Se refiere a (días de CA+CVC). El indicador se da de forma agregada a nivel del SNS, por tamaño de hospital y por CC.AA.

#### Excepciones

Bacteriemias secundarias a otro foco.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto BZ (Registros ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Proyecto Bacteriemia Zero. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>
- ENVIN-HELICS. Informe 2017. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf>

### L202.2.8-Incidencia de bacteriemia relacionada con catéter (BRC)

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº episodios de bacteriemia relacionada con catéter}}{\text{Nº días de CVC.}} \times 1.000.$$

#### Aclaraciones

Bacteriemia según criterios de ENVIN-HELICS. Cultivo de la punta de catéter con  $\geq 15$  UFC, acompañado de signos y síntomas de infección. El indicador se da de forma agregada a nivel del SNS, por tamaño de hospital y por CC.AA.

#### Excepciones

Bacteriemia de foco desconocido.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto BZ (Registros ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Proyecto Bacteriemia Zero. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>
- ENVIN-HELICS. Informe 2017. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf>

### L202.2.9-Incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº episodios de NAVM}}{\text{Nº total días de VM.}} \times 1.000.$$

#### Aclaraciones

Neumonía asociada a VM invasiva: según los criterios publicados por el European Center Disease Control (ECDC) que a su vez, son los del estudio ENVIN-UCI y por el documento de consenso realizado por el GTEIS-SEMICYUC.

#### Excepciones

- Neumonía no asociada a ventilación mecánica.
- Traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica.
- Traqueobronquitis no asociada a ventilación mecánica.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto NZ (Registro ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Proyecto Neumonía Zero. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>
- ENVIN-HELICS. Informe 2017. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf>

### L202.2.10-Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario por sonda uretral (ITU-SU)

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº episodios de ITU-SU}}{\text{Nº total días de sondaje.}} \times 1.000.$$

#### Aclaraciones

Definición de ITU\_SU ITUz.

#### Excepciones

ITU no relacionada con catéter urinario.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto ITUZ (Registros ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Proyecto ITU zero. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/itu-zero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>

### L202.2.11-Pacientes con ITU-SU respecto al total de pacientes

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes con ITU-SU ingresados}}{\text{Nº total de pacientes ingresados}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Definición de ITUSU especificada en el protocolo del proyecto ITUZ.

#### Excepciones

ITU no relacionada con catéter urinario.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto ITUZ (Registros ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Proyecto ITU zero. Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/itu-zero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>

### L202.2.12-Ratio de utilización de sonda uretral

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº días de SU.}}{\text{Nº estancias en la UCI.}}$$

#### Aclaraciones

Definición de ITU-SU especificada en el protocolo ITUZ.

#### Excepciones

ITU no relacionada con catéter urinario.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto ITUZ (Registros ENVIN-UCI).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Proyecto ITU zero. Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2018/04/itu-zero/definitivo/PROYECTO-ITU-ZERO-2018-2020.pdf>

### **L2O2.2.13-Tasa de pacientes con $\geq 1$ BMR adquirida en UCI**

#### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº de pacientes ingresados en UCI con } \geq 1 \text{ BMR adquiridas en la UCI}}{\text{Nº de pacientes ingresados en UCI } > 48\text{h.}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

BMR: BMR identificadas a partir de las 48 h de ingreso (o en las siguientes 48 h al alta de UCI) Las BMR se valorarán en muestras clínicas (infecciones o colonizaciones) y en muestras de vigilancia pero no en muestras ambientales. Este indicador puede diferenciarse atendiendo a la clasificación de la BMR como colonización o como infección. Incluye infección o colonización.

#### **Excepciones**

Pacientes con ingreso en UCI <48h.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto RZ (registro ENVIN).

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

- Protocolo del proyecto Resistencia Zero. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-resistencia-zero/>
- ENVIN-HELICS. Informe 2017. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Informe%20ENVIN-UCI%202017.pdf>
- <http://hws.vhebron.net/resistencia-zero/RZero.asp>

## OBJETIVO GENERAL 2.3

### Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

#### L202.3.1-Hospitales adheridos al programa de cirugía segura

##### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales adheridos al programa de cirugía segura}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones

Se incluyen aquellos hospitales que, además de aceptar formar parte del programa, hayan realizado actividades formativas y colaborado en el envío de sus indicadores.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Programa de Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

Proyecto Cirugía segura. Disponible en: <http://www.cirurgiasegura.es/>

#### L202.3.2-Profesionales que cumplimentan el cuestionario de cultura de seguridad del paciente

##### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº profesionales de quirófano del hospital que cumplimenten el cuestionario de cultura de seguridad}}{\text{Nº profesionales de quirófano del hospital.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones

Los profesionales que deben cumplimentar el cuestionario deben ser seleccionados por cada centro, valorando, en su caso, si personal con contratos eventuales o equipo volante deben ser incluidos o no.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Programa Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

- Proyecto Cirugía Segura. Disponible en: <http://www.cirurgiasegura.es/>
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Informes, Estudios e Investigación. MSPS, 2009 Disponible en: [http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)

### L202.3.3-Profesionales que completan la formación en SP prevista en el programa

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº profesionales de quirófano del hospital que completan la formación para la aplicación del programa}}{\text{Nº profesionales de quirófano del hospital.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Los profesionales que deben recibir la formación deben ser seleccionados por cada centro, valorando, en su caso, si personal con contratos eventuales o equipo volante deben ser incluidos o no.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Programa Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msccs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

### L202.3.4-Pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el Listado de Verificación Quirúrgica (LVQ)

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ}}{\text{Nº pacientes intervenidos de cirugía programada.}} \times 100.$$

#### Excepciones

Se excluye cirugía urgente y cirugía programada sin ingreso.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** programa de Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.msccs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- WHO. La cirugía segura salva vidas. [Sitio de internet] <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery>

### L202.3.5-Listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº LVQ en los que se detecta, durante su utilización, algún incidente que da lugar a una acción correctora inmediata}}{\text{Nº LVQ cumplimentados}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Incidente: evento o circunstancia detectada a través del listado de verificación que podría haber ocasionado un daño innecesario al paciente (paciente o lugar de intervención equivocado, pulsioxímetro no funcionando, profilaxis no administrada en los 60 min previos).

Acción correctiva inmediata: acción llevada a cabo en ese momento para evitar que el incidente cause problemas en el paciente (cambio de paciente a intervenir, cambio de lugar de intervención, administración de dosis de profilaxis, cambio de pulsioxímetro, búsqueda de instrumental que no estaba disponible...).

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Programa de Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

### L202.3.6-Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis farmacológica con profilaxis tromboembólica correcta}}{\text{Nº pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Pacientes con indicación de profilaxis como indica el protocolo.

La profilaxis tromboembólica es la indicada en el protocolo.

El periodo de estudio va desde intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.

Numerador: incluye casos con intervención (GRD tipo quirúrgico) e indicación de profilaxis tromboembólica correcta. Tipo de ingreso programado.

Denominador: todos los casos de ingreso con intervención (GRD tipo quirúrgico), indicación de tromboprofilaxis farmacológica y tipo de ingreso programado.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Programa de Cirugía Segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:**

#### Referencias:

– Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW, American College of Chest Physicians. Prevention of venous thromboembolism. Chest 2008; 133:381S-453S. PMID: 18574271 <https://doi.org/10.1378/chest.08-0656>

### L202.3.7-Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico

#### Fórmula de cálculo

Altas incluidas en el denominador con código CIE 10ES de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía: I2602, I2609, I2692 e I2699

\_\_\_\_\_ x 100.

Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad  $\geq 15$  años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.

#### Aclaraciones

Ver códigos de procedimiento quirúrgico en: Appendix A. Operating Room Procedure Codes en AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0 Patient Safety Indicator 12 (PSI 12) Perioperative Pulmonary Embolismo r Deep Vein Thrombosis Rate. July 2016. <https://qualityindicators.ahrq.gov/>

#### Casos excluidos:

- Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de tromboembolismo pulmonar en un episodio quirúrgico.
- Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava: 06H00DZ, 06H03DZ, 06H04DZ, 06L00CZ, 06L00DZ, 06L00ZZ, 06L03CZ, 06L04ZZ, 06V00CZ, 06V00DZ, 06V00ZZ, 06V03CZ, 06V03DZ, 06V03ZZ, 06L03DZ, 06L03ZZ, 06L04CZ, 06L04DZ, 06V04CZ, 06V04DZ Y 06V04ZZ.
- Casos del numerador y denominador con estancia menor de 2 días.
- Casos del numerador y denominador con GRDAPr en la CDM 14.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Información Sanitaria del SNS. Disponible en: <https://www.msrebs.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

### L202.3.8-Utilización de etiquetado de medicación

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones donde se utiliza las etiquetas para medicación}}{\text{Nº intervenciones realizadas.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Porcentaje de uso de etiquetado normalizado para medicación.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** programa de Cirugía segura del SNS.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Gómez-Arnau JI, Bartolomé A, García del Valle S, Puebla G, Santa Úrsula J.A, Marzal J M, et al. Errores de medicación y etiquetado de jeringas. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2013; 60 (supl 1):27-33.
- Dennison RD.A Medication Safety Education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. The Journal of Continuing Education of Nursing 2007; 38 (4): 176-84
- Mellin-Olsen J, Staender S, Whitaker DK. The Helsinki declaration on patient safety in anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2010; 27:592-7.
- Gómez-Arnau JI, Otero MJ, Bartolomé A, Errando C, Arnal D, Moreno AM, et al. Etiquetado de los medicamentos inyectables que se administran en Anestesia. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011; 58:375-83.

### L202.3.9-Tasa de reingresos en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº de reingresos en pacientes con alta previa con tipo de GRD quirúrgico}}{\text{Nº total de altas de pacientes con tipo GRD quirúrgico.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Esta definición supera otras vinculadas a limitar el concepto a un reingreso por un diagnóstico principal relacionado con el ingreso previo, ya que se ha comprobado que existen numerosos reingresos claramente relacionados con el ingreso previo pero cuyo diagnóstico principal no está relacionado con el diagnóstico del primer ingreso.

La condición de reingresos en un mismo paciente en un mismo hospital, se hace a partir de la identificación de pacientes para ese mismo hospital y para el mismo año, a partir del número de historia, código de hospital. Para una serie correspondiente a la totalidad de un año se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año.

Con carácter general, los reingresos pueden ser indicativos de dos situaciones diferenciadas:

- La estabilidad clínica en el curso evolutivo de la patología atendida: En este caso, los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta pudiendo, entonces, reflejar un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta.
- La estabilidad clínica del paciente en el momento del alta hospitalaria: En este caso, los reingresos pueden indicar un alta de hospitalización prematura.

**Excepciones**

Casos excluidos en el numerador: Ingresos urgentes en:

GRD de la CDM 21 de Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos, CDM 22 de Quemaduras, y CDM 25 de Politraumatismos.

Casos excluidos en el denominador: Altas por exitus.

No incluye hospitales psiquiátricos ni de larga estancia.

**Tipo de indicador:** indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:**

- Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S Serveis d'Urgencies: indicador per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Fichas INCLASNS v2 [Fichero informático] Portal Estadístico del SNS. Disponible en los siguientes enlaces: <http://inclasns.msssi.es/main.html?permalink=0d52bd992420dd1b6ef9025a9ac47daf>

### L2O2.3.10-Trombosis Venosa Profunda Postquirúrgica

#### Fórmula de cálculo

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de trombosis venosa profunda en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía

\_\_\_\_\_ x 100.

Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad ≥ 15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.

#### Aclaraciones

Códigos a considerar en el numerador:

I8010	I80299	I82411	I80201	I80212	I80223	I80239	I82429	I824Y1
I8011	I82401	I82412	I80202	I80213	I80229	I80291	I82431	I824Y2
I8012	I82402	I82413	I80203	I80219	I80231	I80292	I82432	I824Y3
I8013	I82403	I82419	I80209	I80221	I80232	I82422	I82433	I824Y3
I80293	I82409	I82421	I80211	I80222	I80233	I82423	I82439	I824Y9

Ver códigos de procedimiento quirúrgico en: Appendix A. Operating Room Procedure Codes en AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0 Patient Safety Indicator 12 (PSI 12) Perioperative Pulmonary Embolismo r Deep Vein Thrombosis Rate. July 2016. [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

#### Casos excluidos:

- Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de trombosis venosa profunda en un episodio quirúrgico.
- Casos del numerador con diagnóstico de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava: 06H00DZ, 06H03DZ, 06H04DZ, 06L00CZ, 06L00DZ, 06L00ZZ, 06L03CZ, 06L04ZZ, 06V00CZ, 06V00DZ, 06V00ZZ, 06V03CZ, 06V03DZ, 06V03ZZ, 06L03DZ, 06L03ZZ, 06L04CZ, 06L04DZ, 06V04CZ, 06V04DZ Y 06V04ZZ.
- Casos del numerador y denominador con estancia menor de 2 días.
- Casos del numerador y denominador con GRDAPr en la CDM 14.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Información Sanitaria del SNS. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

### L202.3.11-Mortalidad hospitalaria en cirugía programada

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica}}{\text{Nº pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

El periodo de estudio va desde la intervención quirúrgica hasta el alta hospitalaria.

Numerador: casos con intervención (GRD tipo quirúrgico) y fallecimiento en el hospital (tipo de alta = 4). Tipo de ingreso programado.

Denominador: todos los casos de ingreso con intervención (GRD tipo quirúrgico) y tipo de ingreso programado.

**Tipo de indicador:** indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Roqueta Egea F, Busca Ostolaza P, Chanovas Borrás M, López-Andújar Aguiriano L, Mariné blanco M, Navarro Juanes A, Pavón Monzo JM, Piñera Salmerón P, Tomás Vecina S, Tejedor Fernández M. Manual de Indicadores de calidad para los servicios de urgencias de hospitales. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Serveis d'Urgències: indicador per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 2011.
- Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.3.12-Hospitales que tienen identificado un coordinador médico y enfermero del programa IQZ

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales que tienen identificado un coordinador médico y enfermero del programa IQZ}}{\text{Nº hospitales participantes.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Deben estar bien definidas las intervenciones quirúrgicas, las áreas preventivas, la fecha de comienzo, los responsables de MP.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/es/>

### L202.3.13-Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones en las que consta se ha realizado profilaxis antibiótica}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Se refiere a profilaxis antibiótica adecuada.

Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del LVQ. No información se considera no cumplido. Incluir no indicaciones.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.14-Cumplimiento global de aplicación de clorhexidina alcohólica

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones con cumplimiento de aplicación de clorhexidina alcohólica}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del LVQ. No información se considera no cumplido. Incluir no indicaciones.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.15-Cumplimiento global de la eliminación del vello

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones con criterio cumplido de eliminación del vello}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del LVQ. No información se considera no cumplido. Incluir no indicaciones.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.16-Cumplimiento global de la normotermia

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones con criterio cumplido de normotermia}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del LV. No información se considera no cumplido. Incluir no indicaciones.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L2O2.3.17-Cumplimiento global de normoglucesmia

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº intervenciones con criterio cumplido de normoglucesmia}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Según recomendaciones del protocolo. Según evaluación del LVQ. No información se considera no cumplido. Incluir no indicaciones.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L2O2.3.18-Incidencia de eventos adversos ligados a la aplicación del protocolo IQZ

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº eventos adversos ligados a IQZ}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Eventos adversos ligados al protocolo IQZ: exclusivamente los producidos a consecuencia de la aplicación de cualquiera de las 5 medidas de prevención de IQZ. Incluir sólo eventos adversos (EA) relacionados con IQZ. No incluir EA debidos a otras causas.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.19-Incidencia de ILQ-BILQ por localización quirúrgica

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) global}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Definición incluida en el protocolo. Agrupar por ambas causas (ILQ y BILQ).

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### Incidencia de ILQ-BILQ por localización quirúrgica: L202.3.20.1: cirugía de colon; L202.3.20.2: prótesis de cadera; L202.3.20.3: prótesis de rodilla; L202.3.20.4: Bypass aortocoronario con doble incisión en torax y en el lugar de injerto; L202.3.20.5: By-Pass AO con incisión simple L202.3.20.5

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº infecciones de lugar quirúrgico (ILQ) en intervenciones seleccionadas (1)}}{\text{Nº intervenciones con LVQ recogidos en las intervenciones seleccionadas (1)}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Definición incluida en el protocolo. Agrupar por ambas causas (ILQ y BILQ)

(1) *Las intervenciones seleccionadas son: colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla y By-Pass AO con incisión simple y doble.*

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.21-Incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para las intervenciones seleccionadas

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº re-ingresos por ILQ o BILQ}}{\text{Nº intervenciones seleccionadas.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: Reingreso: ingreso no programado producido en un paciente quirúrgico dentro de los 30-90 días post-alta (según período de vigilancia de la intervención).

Se precisan datos de período histórico o pre-intervención.

Denominador: Las intervenciones seleccionadas son: colon, prótesis de cadera, prótesis de rodilla y By-Pass AO con incisión simple y doble.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.22-Incidencia de reintervención por ILQ-BILQ para todas las intervenciones seleccionadas

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº re-intervenciones por ILQ o BILQ}}{\text{Nº intervenciones seleccionadas.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Se precisan datos de período histórico o pre-intervención.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Proyecto IQZ.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Disponible en: <https://infeccionquirurgicazero.es/>

### L202.3.24-Neumotórax iatrogénico

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Total de altas con diagnóstico de neumotórax iatrogénico}}{\text{Total de altas}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: Altas con código CIE10ES en el diagnóstico secundario: J95811.

Denominador: Total de altas con edad  $\geq 15$  años.

#### Casos excluidos:

- Con código J95811 en el diagnóstico principal.
- Altas con GRD en la CDM 14.
- Altas con código de trauma torácico o derrame pleural.
- Altas con código de procedimiento de cirugía diafragmática.
- Altas con cualquier código de procedimiento de cirugía torácica o cardíaca, biopsia pulmonar o pleural.

Quedan excluidos los códigos CIE10 de trauma torácico, Derrame pleural, Cirugía torácica, biopsia pulmonar o pleural, cirugía diafragmática y cirugía cardíaca de la descripción técnica de Neumotorax iatrogénica del CMBD.

<http://icmbd.es/docs/indicadores/fichas/cie10/complicaciones.pdf?v=2019b>

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

Sistema de Información Sanitaria del SNS. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.3.25-Sepsis postquirúrgica

#### Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº altas con código específico de sepsis en diagnóstico secundario}}{\text{Nº altas con código de procedimiento quirúrgico en pacientes } \geq 15 \text{ años.}} \times 10.000.$$

#### Aclaraciones

Identificado como PSI13. Se incluyen los códigos especificados más abajo en altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes  $\geq 15$  años.

Numerador: altas incluidas en el denominador con código CIE9MC 038.0, 038.1, 038.10, 038.11, 038.12, 038.19, 038.2, 038.3, 038.40, 038.41, 038.42, 038.43, 038.44, 038.49, 038.8, 038.9, 785.52, 785.59, 995.91, 995.92, 998.0, 998.00, 998.02 en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en cualquier diagnóstico en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes al ingreso del episodio quirúrgico.

Denominador: altas con un código de procedimiento quirúrgico en pacientes con edad  $\geq 15$  años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.

Se calcula también para altas de pacientes  $\geq 15$  años con un código de procedimiento quirúrgico de cirugía abdominal (PSI 13.1).

#### Excepciones

- Casos en el numerador con código de diagnóstico principal de sepsis en un episodio quirúrgico.
- Casos en el numerador con estancia menor de 3 días.
- Casos en el numerador y en el denominador con GRD en la CDM 14.
- Casos en el numerador y en el denominador con código de cáncer o estado de inmunosupresión.
- Casos en el numerador y en el denominador con infección en el diagnóstico principal.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Adaptado de OCDE Health Care Quality Indicators (HCQI) 2014-2015 Data Collection. Technical Manual for Patient Safety Indicators.
- Ver códigos CIE9MC de procedimientos quirúrgicos y de casos de exclusión: Postoperative Sepsis Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators. AHRQ Quality IndicatorsTM, Version 5.0. March 2015. Disponible en: [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)
- Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.3.26-Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica (adultos)

#### Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº altas con código 54.61}^{(1)}}{\text{Nº altas de cirugía abdominopélvica en pacientes } \geq 15 \text{ años.}} \times 10.000.$$

#### Aclaraciones

Identificado como PSI 14.

Numerador: altas incluidas en el denominador con código de procedimiento de cierre postoperatorio de herida quirúrgica abdominopélvica<sup>(1)</sup> en el episodio en que se ha realizado la cirugía o en una readmisión en el mismo hospital en los 30 días siguientes al ingreso del episodio quirúrgico.

Denominador: altas de cirugía abdominopélvica en pacientes  $\geq 15$  años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.<sup>(2)</sup>

#### Excepciones

- Casos en el numerador con duración de la estancia menor de 2 días.
- Casos en el numerador y denominador con GRD en la CDM 14.
- Casos en el numerador y denominador con código de estado de inmunosupresión.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- (1) Código de procedimiento de cierre postoperatorio de herida quirúrgica abdominopélvica: 54.61.
- (2) Ver códigos CIE9MC de cirugía abdominopélvica y de casos de exclusión: Postoperative Wound Dehiscence Rate. Technical Specifications. Patient Safety Indicators. AHRQ Quality Indicators™, Version 5.0. Octubre 2016. Disponible en: [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V60-ICD09/TechSpecs/PSI\\_14\\_Postoperative\\_Wound\\_Dehiscence\\_Rate.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V60-ICD09/TechSpecs/PSI_14_Postoperative_Wound_Dehiscence_Rate.pdf)
- Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.3.27-Hemorragia o hematoma perioperatorio

#### Fórmula de cálculo:

Nº altas en pacientes  $\geq 15$  años con código de hemorragia peri operatoria o hematoma o de procedimiento relacionado con control de hemorragia o evacuación de hematoma en diagnósticos secundarios

---

Nº total de altas 15 años o más. x 10000.

#### Aclaraciones

Identificado como PSI 27.

**Numerador:** solo altas en pacientes de edad  $\geq 15$  años con diagnósticos secundarios que incluyan alguno de los códigos de hemorragia peroperatoria o hematoma o con códigos de procedimiento relacionado con control de hemorragia o evacuación de hematoma.

#### Excepciones

Excluye del numerador casos de pacientes con trastornos de coagulación (ver listado de códigos<sup>(1)</sup>).

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

(1) Adaptado de los Indicadores de Seguridad del Paciente de AHRQ. Última actualización. Ver listado de códigos de inclusión (Dx y Px) y exclusión. Disponible en: [https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V60-ICD09/TechSpecs/PSI\\_27\\_Periooperative\\_Hemorrhage\\_or\\_Hematoma\\_Rate.pdf](https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V60-ICD09/TechSpecs/PSI_27_Periooperative_Hemorrhage_or_Hematoma_Rate.pdf)  
– Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

## **L202.3.28-Cuerpo Extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en adultos.**

### **Fórmula de cálculo**

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en cualquier diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía. X100/Altas en pacientes de edad >= 15 años.

### **Aclaraciones**

Numerador: Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en cualquier diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía.

T81500A; T81501A; T81502A; T81503A; T81504A; T81505A; T81506A, T81527A; T81528A, T81529A; T81530A; T81531A; T81532A; T81533A; T81507A; T81508A; T81509A, T81510A; T81511A; T81512A; T81513A; T81514A; T81515A; T81516A; T81534A; T81535A; T81536A; T81537A; T81538A; T81539A; T81590A; T81591A; T81592A; T81593A; T81517A; T81518A; T81519A; T81520A; T81521A; T81522A; T81523A, T81524A, T81525A; T81526A; T81594A; T81595A; T81596A; T81597A; T81598A; T81599A; T8160XA; T8161XA; T8169XA.

### **Denominador**

– Total de altas en pacientes de edad >= 15 años.

### **Casos excluidos**

Casos en el denominador y numerador con código de diagnóstico principal de cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento en un episodio quirúrgico.

– Casos en el denominador y numerador con estancia menor de 1 día en pacientes no fallecidos durante el ingreso.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias: Sistema de Información Sanitaria del SNS.** Disponible en:

– Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### **L202.3.29-Infección relacionada con la utilización de catéter venoso central**

#### **Fórmula de cálculo**

Altas con infección relacionada con la utilización de CVC x 100.  
Total de altas.

#### **Aclaraciones**

Numerador:

Altas con código CIE10ES en el diagnóstico secundario: T80211A.

Denominador:

Total, de altas con edad  $\geq 15$  años o altas de la CDM 14.

#### **Casos excluidos:**

Con códigos incluidos en la definición del numerador en el diagnóstico principal.

- Altas con duración de la estancia menor de 2 días.
- Altas con código de cáncer o estado de inmunosupresión en cualquier diagnóstico. Ver códigos en *AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0. Patient Safety Indicator 07 (PSI 07) Central Venous Catheter-Related Blood Stream Infection Rate. July 2016. Appendix H - Cancer Diagnosis Codes. Appendix I-Immunocompromised State Diagnosis and Procedure Codes* [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

- **Referencias:** Sistema de Información Sanitaria del SNS:
- Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

## L2O2.3.30-Trombosis venosa profunda en cirugía de sustitución de cadera o rodilla

### Fórmula de cálculo

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de trombosis venosa profunda en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía de sustitución de cadera o rodilla

\_\_\_\_\_ x 100.

Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera o rodilla en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.

### Denominador:

Altas con un código de procedimiento de sustitución en cadera o rodilla en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión.

Códigos de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera. Tomados de Partial or full hip replacement procedure codes (MTHIPRP) en AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0. Inpatient Quality Indicator 14 (IQI 14) Hip Replacement Mortality Rate. July 2016. [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

OSR9019; OSR901A; OSR901Z; OSR9029; OSR902A; OSR902Z; OSR9039; OSR903A; OSRB0JZ; OSRB0KZ; OSRE009; OSRE00A; SRE00Z; OSRE019; OSRE01A; OSRE01Z; OSR903Z; OSR9049; OSR904A; OSR904Z; OSR907Z; OSR90J9, OSR90JA; OSR90JZ, OSR90KZ;  
OSRA009; OSRE039; OSRE03A; OSRE03Z; OSRE07Z, OSRE0J9; OSRE0JA; OSRE0JZ; OSRE0KZ; OSRR019; OSRR01A; OSRA00A; OSRA00Z, OSRA019; OSRA01A; OSRA01Z;  
OSRA039; OSRA03A; OSRA03Z, OSRA07Z; OSRA0J9; OSRR01Z; OSRR039, OSRR03A;  
OSRR03Z, OSRR07Z, OSRR0J9; OSRR0JA; OSRR0JZ; OSRR0KZ, OSRS019; OSRA0JA;  
OSRA0JZ; OSRA0KZ; OSRB019; OSRB01A; OSRB01Z; OSRB029; OSRB02A; OSRB02Z;  
OSRB039; OSRS01A; OSRS01Z; OSRS039; OSRS03A; OSRS03Z, OSRS07Z; OSRS0J9;  
OSRS0JA; OSRS0JZ; OSRS0KZ; OSRB03A; OSRB03Z; OSRB049; OSRB04A; OSRB04Z;  
OSRB07Z; OSRB0J9; OSRB0JA; OSU909Z; OSUA09Z, OSUB09Z; OSUE09Z; OSUR09Z;  
OSUS09Z; OSW90JZ; OSWB0JZ.

Códigos de procedimiento quirúrgico de sustitución de rodilla (tomados de [www.cdc.gov/nhsn/xls/guidance-for-hpro-kpro-procedure-details.xlsx](http://www.cdc.gov/nhsn/xls/guidance-for-hpro-kpro-procedure-details.xlsx))

OSRC0J9; OSRC0JA; OSRC0JZ; OSRD0J9; OSRD0JA; OSRD0JZ; OSRT0J9; OSRT0JA; OSRT0JZ;  
OSRU0J9; OSRU0JA; OSRU0JZ; OSRV0J9; OSRV0JA; OSRV0JZ; OSRW0J9; OSRW0JA;  
OSRW0JZ.

Casos excluidos:

- Casos en el numerador y denominador con código de diagnóstico principal de trombosis venosa profunda en un episodio quirúrgico.
- Casos del numerador con diagnóstico de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
- Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava: 06H00DZ, 06H03DZ, 06H04DZ, 06L00CZ, 06L00DZ, 06L00ZZ, 06L03CZ, 06L04ZZ, 06V00CZ, 06V00DZ, 06V00ZZ, 06V03CZ, 06V03DZ, 06V03ZZ, 06L03DZ, 06L03ZZ, 06L04CZ, 06L04DZ, 06V04CZ, 06V04DZ, 06V04ZZ.
- Casos en el denominador y numerador con estancia menor de 2 días en pacientes no fallecidos durante el ingreso
- Casos del numerador y denominador con GRDAPr en la CDM 14.

### Aclaraciones

Códigos a considerar en el numerador:

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de tromboembolia venosa profunda en cualquier diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía.

I8010	I80299	I82411	I80201	I80212	I80229	I80292	I82433
I8011	I82401	I82412	I80202	I80213	I80231	I82422	I82439
I8012	I82402	I82413	I80203	I80219	I80232	I82423	I824V1
I8013	I82403	I82419	I80209	I80221	I80233	I82429	I824V2
I80298	I82409	I82421	I80211	I80222	I80239	I82431	I824V5
				I80223	I80291	I82432	I824V9

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Información Sanitaria del SNS.

– Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.3.31-Tromboembolismo pulmonar Postquirúrgico en Cirugía de Sustitución de cadera o de rodilla

#### Fórmula de cálculo

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía de sustitución de cadera o rodilla

\_\_\_\_\_ x 100.  
Total de altas con un código de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera o rodilla en pacientes con edad >=15 años que cumplen las reglas de inclusión y exclusión

### Aclaraciones

Códigos a considerar en el numerador:

Altas incluidas en el denominador con código CIE10ES de tromboembolismo pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario en el episodio en que se ha realizado la cirugía: I2602, I2609, I2692, I2699.

Códigos a considerar en el denominador.

Códigos de procedimiento quirúrgico de sustitución de cadera. Tomados de Partial or full hip replacement procedure codes (MTHIPRP) en AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification Version 6.0. Inpatient Quality Indicator 14 (IQI 14) Hip Replacement Mortality Rate. July 2016. [www.qualityindicators.ahrq.gov](http://www.qualityindicators.ahrq.gov)

OSR9019; OSR901A; OSR901Z; OSR9029; OSR902A; OSR902Z; OSR9039; OSR903A; OSRB0JZ; OSRB0KZ; OSRE009; OSRE00A; SRE00Z; OSRE019; OSRE01A; OSRE01Z; OSR903Z; OSR9049; OSR904A; OSR904Z; OSR907Z; OSR90J9, OSR90JA; OSR90JZ, OSR90KZ; OSRA009; OSRE039; OSRE03A; OSRE03Z; OSRE07Z, OSRE0J9; OSRE0JA; OSRE0JZ; OSRE0KZ; OSRR019; OSRR01A; OSRA00A; OSRA00Z, OSRA019; OSRA01A; OSRA01Z; OSRA039; OSRA03A; OSRA03Z, OSRA07Z; OSRA0J9; OSRR01Z; OSRR039, OSRR03A; OSRR03Z, OSRR07Z, OSRR0J9; OSRR0JA; OSRR0JZ; OSRR0KZ, OSRS019; OSRA0JA; OSRA0JZ; OSRA0KZ; OSRB019; OSRB01A; OSRB01Z; OSRB029; OSRB02A; OSRB02Z; OSRB039; OSRS01A; OSRS01Z; OSRS039; OSRS03A; OSRS03Z, OSRS07Z; OSRS0J9; OSRS0JA; OSRS0JZ; OSRS0KZ; OSRB03A; OSRB03Z; OSRB049; OSRB04A; OSRB04Z; OSRB07Z; OSRB0J9; OSRB0JA; OSU099Z; OSUA09Z, OSUB09Z; OSUE09Z; OSUR09Z; OSUS09Z; OSW90JZ; OSWB0JZ.

Códigos de procedimiento quirúrgico de sustitución de rodilla (tomados de [www.cdc.gov/nhsn/xls/guidance-for-hpro-kpro-procedure-details.xlsx](http://www.cdc.gov/nhsn/xls/guidance-for-hpro-kpro-procedure-details.xlsx)).

0SRC0J9; 0SRC0JA;0SRC0JZ;0SRD0J9; 0SRD0JA; 0SRD0JZ; 0SRT0J9;0SRT0JA;0SRT0JZ; 0SRU0J9;0SRU0JA; 0SRU0JZ; 0SRV0J9; 0SRV0JA; 0SRV0JZ;0SRW0J9; 0SRW0JA; 0SRW0JZ.

#### **Casos excluidos**

Casos en el numerador y denominador con código de diagnóstico principal de tromboembolismo pulmonar en un episodio quirúrgico.

- Casos del numerador y denominador con procedimiento de interrupción de vena cava: 06H00DZ, 06H03DZ, 06H04DZ, 06L00CZ, 06L00DZ,06L00ZZ, 06L03CZ, 06L04ZZ, 06V00CZ, 06V00DZ, 06V00ZZ, 06V03CZ, 06V03DZ, 06V03ZZ, 06L03DZ, 06L03ZZ, 06L04CZ, 06L04DZ,06V04CZ, 06V04DZ, 06V04ZZ.
- Casos en el denominador y numerador con estancia menor de 2 días en pacientes no fallecidos durante el ingreso.
- Casos del numerador y denominador con GRDAPr en la CDM 14.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Información Sanitaria del SNS. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/va/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

– Modelo de Indicadores para el análisis de la hospitalización en el SNS. iCMBD: indicadores y ejes de análisis del CMBD. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

## OBJETIVO GENERAL 2.4

Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes

### **L202.4.1-Pacientes ingresados con planes de cuidados**

#### **Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{Nº pacientes ingresados en los que en su HC figuran planes de cuidados}}{\text{Nº pacientes ingresados en la CC.AA.}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

Plan de cuidados en las primeras 48 horas y con ingreso superior a las 72 horas  
Se entiende por plan de cuidados el especificado en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS (página 84).

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

- Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- La seguridad en los cuidados de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf>

## L202.4.2-Ulceras por presión

### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Altas con diagnóstico secundario de úlceras por presión}}{\text{Total de altas de pacientes.}} \times 100.$$

### Aclaraciones

Numerador:

Altas con código CIE10ES en el diagnóstico secundario: L89.xxx.

Denominador:

Total de altas con edad  $\geq 15$  años.

### Casos excluidos

- Altas con estancia menor de 5 días.
  - Altas con código de úlceras por presión en diagnóstico principal.
  - Altas con cualquier diagnóstico de hemiplejía, paraplejía, o cuadriplejía en cualquier diagnóstico.
  - Altas con cualquier diagnóstico de espina bífida o daño cerebral por anoxia.
  - Altas con GRDAPr (V32.0) en CDM 9 o CDM 14.
- Hemiplejía, paraplejía, o cuadriplejía. Códigos diagnóstico CIE10ES.  
Quedan excluidos los códigos que se detallan.  
<http://icmbd.es/docs/indicadores/fichas/cie10/complicaciones.pdf?v=2019b>  
Espina bífida o daño cerebral por anoxia. Códigos diagnóstico CIE10ES:  
Quedan excluidos los códigos que se detallan.  
<http://icmbd.es/docs/indicadores/fichas/cie10/complicaciones.pdf?v=2019b>

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** CMBD.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

### Referencias:

Adaptado de AHRQ Quality Indicators (AHRQ QI) ICD-10-CM/PCS Specification. Versión 6.0. Patient Safety Indicator 03 (PSI 03) Pressure Ulcer Rate. July 2016.

Ficha disponible. En los indicadores de seguridad del pacientes.

<https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

### L202.4.3-Pacientes ingresados > 48 h que han desarrollado UPP

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº pacientes ingresados con estancia superior a 48 horas y que al ingreso no presentan UPP y desarrollan UP}}{\text{Nº pacientes ingresados con estancia superior a las 48 horas.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Se entiende que desarrollan al menos una UPP.

Se entiende por UPP una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación de fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

#### Excepciones

Excluir las unidades de bajo o nulo riesgo: pacientes pediátricos (se consideran, de todas formas, la UCI pediátrica y UCI de neonatos).

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- Almendáriz Alonso M<sup>a</sup> J. Úlceras por presión. En: ¿Heridas crónicas y agudas? EDIMSA Madrid. 1999.

### L202.4.4-Caídas en pacientes hospitalizados

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº caídas en pacientes hospitalizados}}{\text{Nº altas de hospitalización.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Se incluyen todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital.

**Tipo de indicador:** Indicador de Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

#### **L202.4.5-Hospitales que cuentan con un protocolo sobre contención mecánica segura**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales con protocolo de contención mecánica terapéutica}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Se entiende por el protocolo que informa de los pasos a seguir para el empleo de la contención mecánica (entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados) en pacientes ingresados.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## OBJETIVO GENERAL 2.5

### Promover la identificación inequívoca del paciente

#### **L202.5.1-Hospitales con Protocolo de identificación inequívoca de Pacientes**

##### **Fórmula de cálculo**

Nº hospitales (de la CC.AA.) que disponen de un protocolo de identificación inequívoca de pacientes

$$\frac{\text{Nº hospitales (de la CC.AA.) que disponen de un protocolo de identificación inequívoca de pacientes}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Protocolo de Identificación de Pacientes: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual. Desagregación por Comunidad Autónoma.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L202.5.2-Hospitales con Protocolo de identificación inequívoca de Pacientes para procedimientos de riesgo

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales que disponen de un Protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Protocolo de Identificación de Pacientes para procedimientos de riesgo: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes para procedimientos de riesgo.

Procedimientos de riesgo: procedimientos y pruebas diagnósticas invasivas.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L202.5.3-Hospitales con protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales que disponen de un Protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Protocolo de Identificación para identificación y trazabilidad de muestras biológicas: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para identificación y trazabilidad de muestras biológicas.

**Tipo de indicador:** indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## OBJETIVO GENERAL 2.7

Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de EA graves en los centros sanitarios

### L202.7.1-Hospitales con plan para el abordaje de EA graves

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales (de la CC.AA.) que disponen de un plan para el abordaje de EA graves}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Plan para el abordaje de EA graves: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para el abordaje de EA graves. Puede ser un Plan Institucional.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L202.7.2-CAP con plan para el abordaje de EA graves

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº CAP de la CC.AA. que disponen de un plan para el abordaje de EA graves}}{\text{Nº CAP de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Plan para el abordaje de EA graves: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para el abordaje de EA graves. Puede ser un Plan Institucional

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## OBJETIVO GENERAL 2.8

Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

### **L202.8.1-Servicios de pediatría que han recibido formación sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante**

#### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº Servicios de Pediatría de la CC.AA. que han recibido formación en optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes}}{\text{Nº servicios de Pediatría de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

La formación recibida deberá ser acreditada en un periodo no superior a los tres años, por parte de algún profesional del Servicio.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### **L202.8.2-Hospitales que realizan un mapa de riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia y/o de Medicina Nuclear**

#### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. que realizan un Mapa de Riesgos de los procesos en Radioterapia y/o Medicina Nuclear}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

El Mapa de Riesgo tendrá que ser actualizado periódicamente al menos cada 5 años y cuando se produzca la incorporación de nuevas tecnologías y/o nuevos dispositivos.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### **Referencias:**

Guía para la aplicación de la metodología de matrices de riesgo en radioterapia externa. Consejo de Seguridad Nuclear. 2017. Disponible en: <https://www.csn.es/documents/10182/914809/COE-05.02+Gu%C3%ADa+para+la+aplicaci%C3%B3n+de+la+metodolog%C3%ADa+de+matrices+de+riesgo+en+radioterapia+externa>  
Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### **L202.8.3-Hospitales en los que se elabora un informe Anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia**

#### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. en los que se elabora un informe anual con los incidentes recogidos por la Unidad de Radioterapia}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA. con servicio de radioterapia.}} \times 100.$$

#### **Aclaraciones**

Informe que recoge el tipo de incidentes, gravedad y gestión de los mismos.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## Línea Estratégica 3. Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes

### OBJETIVO GENERAL 3.1

Promover la Gestión de Riesgos en los centros sanitarios

#### **L303.1.1-Hospitales con Unidades de Gestión de Riesgo (UGR) funcionantes**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales con UGR operativas en la CC.AA.}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

La Unidad de Gestión de riesgos (UGR) operativa es aquella que:

- Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades.
- Tiene objetivos anuales de seguridad.
- Realiza memoria anual.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L303.1.2-CAP con UGR funcionantes

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº CAP con UGR operativas en la CC.AA.}}{\text{Nº CAP de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

La Unidad de Gestión de riesgos (UGR) operativa es aquella que:

- Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades.
- Tiene objetivos anuales de seguridad.
- Realiza memoria anual.

En caso de UGR integradas especificar el nº de CAP existentes.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## OBJETIVO GENERAL 3.2

Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje

### L303.2.1-Hospitales con Sistema de Notificación de Incidentes

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales de la CC.AA. con Sistema de Notificación de Incidentes}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria: sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)

### L303.2.2-CAP con sistema de notificación de Incidentes

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº CAP de la CC.AA. con Sistema de Notificación de Incidentes}}{\text{Nº CAP de la CC.AA.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria: Sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local. En caso de UGR integradas especificar el nº de CAP existentes.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

#### Referencias:

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)

### L303.2.3-Notificaciones de incidentes procedentes de hospitales

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones de incidentes de hospitales}}{\text{Nº total de notificaciones al sistema.}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados con seguridad de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L303.2.4-Notificaciones de incidentes procedentes de AP

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones de incidentes de AP}}{\text{Nº total de notificaciones al sistema.}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados con la seguridad de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Registro de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L303.2.5-Notificaciones sin daño

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones sin daño}}{\text{Nº total de notificaciones al sistema}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados con seguridad de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Fuente de datos:** Registros de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L303.2.6-Notificaciones con daño

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones con daño}}{\text{Nº total de notificaciones al sistema.}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados con seguridad de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado

**Fuente de datos:** Registros de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L303.2.7-Notificaciones relacionadas con medicamentos

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones por medicamento}}{\text{Nº total de notificaciones al sistema.}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados medicamentos (prescripción, dispensación, administración, uso, etc.) de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Registros de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L3O3.2.8-Notificaciones relacionadas con radiaciones ionizantes (RDI)

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones por RDI}}{\text{Nº Total de notificaciones al sistema.}} \times 100.$$

**Aclaración:** Se refiere a las notificaciones registradas en el Sistema de Notificación de incidentes relacionados con la asistencia de la CC.AA.

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Registros de las CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

### L3O3.2.9-Incidentes notificados en el período de estudio

#### Fórmula de cálculo

$$\text{Nº incidentes notificados en el periodo de análisis.}$$

#### Aclaraciones

Nº incidentes notificados: número notificaciones registradas en el SiNASP durante un determinado periodo. El número excluye aquellas notificaciones recibidas que, en el momento de calcular el indicador, hayan sido eliminados por el gestor del sistema (por tratarse de una notificación duplicada o por considerarse una notificación malintencionada).

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP Sistemas de Notificación y Aprendizaje SiNASP y otros sistemas.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.10-Ratio de notificaciones en hospitales

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº incidentes notificados en el periodo analizado}}{\text{Nº camas.}} \times 100.$$

**Aclaraciones:** Se excluyen del numerador aquellas notificaciones recibidas que, en el momento de calcular el indicador, hayan sido eliminadas por el gestor del sistema (por tratarse de una notificación duplicada o por considerarse una notificación malintencionada).

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNSAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.11-Ratio de notificaciones en AP

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº incidentes notificados en el periodo analizado}}{\text{Nº consultas de AP.}} \times 100.$$

**Aclaraciones:** Se excluyen del numerador aquellas notificaciones recibidas que, en el momento de calcular el indicador, hayan sido eliminadas por el gestor del sistema (por tratarse de una notificación duplicada o por considerarse una notificación malintencionada). Se consideran todas las consultas en el último año, incluyendo tanto las consultas programadas como las visitas de atención continuada o urgencias (si el centro presta este servicio).

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNSAP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.12-Gravedad de los incidentes notificados

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones con SAC 1 o SAC 2}}{\text{Nº notificaciones recibidas en el período analizado.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: el SAC (Severity Assessment Code) es el sistema empleado por el SiNASP para clasificar el riesgo asociado a un incidente de seguridad y se calcula a partir de la gravedad de los resultados del incidente en el paciente y su probabilidad de recurrencia. Hay 5 niveles de SAC, siendo el SAC 1 y el SAC 2 los dos niveles con más riesgo: riesgo extremo (SAC 1) y riesgo alto (SAC 2).

**Tipo de indicador:** Resultado.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.13-Identificación del notificante

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones con notificante identificado}}{\text{Nº notificaciones recibidas en el periodo analizado}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Nº notificaciones con notificante identificado: número de notificaciones en las que se ha cumplimentado el campo "dirección de email del notificante" (campo de cumplimentación voluntaria). La aplicación SiNASP comprueba que la información introducida en este campo es una dirección de email válida.

*La aplicación SiNASP elimina automáticamente el nombre y la dirección de email del notificante tras un breve periodo de tiempo, pero mantiene registrado el dato de si el notificante había introducido su dirección de email o no lo había hecho, dato que permite calcular este indicador.*

**Tipo de indicador:** Proceso

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.14-Tiempo medio de asignación de notificación

#### Fórmula de cálculo

$\Sigma$  de los días desde la recepción de la notificación hasta su asignación a un gestor

Nº notificaciones asignadas a un gestor en el periodo analizado

#### Aclaraciones

Asignación de notificaciones a un gestor: registro de la fecha en la que el gestor principal del SiNASP en el centro cumplimenta el campo “gestor” de la notificación, que indica el profesional encargado de gestionarla.

Tiempo de asignación de la notificación a un gestor: número de días transcurridos desde la recepción de una notificación hasta que se cumplimenta el campo “gestor”. Se contabilizan únicamente días enteros, los periodos inferiores a un día (horas) se consideran igual a cero.

#### Excepciones

Algunos centros no asignan notificaciones a los distintos gestores, puesto que son centros pequeños y tienen sólo un gestor. Las notificaciones que no se asignan están excluidas de la fórmula utilizada para calcular este indicador, por lo que los centros que no asignan las notificaciones no pueden utilizar este indicador y tampoco forman parte del cálculo agregado.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.15-Tiempo medio de gestión de las notificaciones

#### Fórmula de cálculo

$\Sigma$  del tiempo de gestión de las notificaciones

Nº notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado

#### Aclaraciones

Finalización de la gestión de una notificación: cambio del estado de la notificación que por defecto está “abierto” a “cerrado”. Toda notificación está abierta hasta que el gestor cambia este estado a “cerrado”. Se debe cerrar una notificación cuando se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación. No hay que esperar a implementar las medidas de reducción de riesgos resultantes para cerrar la notificación.

Tiempo de gestión de la notificación: número de días transcurridos desde la recepción de una notificación hasta que su estado cambia a “cerrado”. Se contabilizan únicamente días enteros, los periodos inferiores a un día (horas) se consideran igual a cero.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.16-Notificaciones de > 1 mes no gestionadas

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones recibidas hace > 30 días no gestionadas}}{\text{Nº notificaciones recibidas hace > 30 días.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: notificaciones que mantienen su estado como “abierto”, indicando que aún no se ha terminado su gestión (falta decidir las recomendaciones de mejora y las acciones de gestión de la notificación).

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.17-Notificaciones con acciones de gestión documentadas

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones gestionadas con acciones de gestión documentadas}}{\text{Nº notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: notificación en la que el gestor ha cumplimentado el apartado “gestión de la notificación” seleccionando alguna/s de las opciones disponibles: notificar el incidente a Dirección, investigación mediante ACR, investigación mediante versión simplificada de ACR, seguimiento con datos agregados, implementación de mecanismos para reducir su riesgo y “otras” acciones (que se deben detallar en el campo abierto destinado a este fin).

Denominador: la finalización de la gestión de una notificación es el cambio del estado de la notificación que por defecto está “abierto” a “cerrado”. Toda notificación está abierta hasta que el gestor cambia este estado a “cerrado”. Se debe cerrar una notificación cuando se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación, sin esperar a implementar las medidas de reducción de riesgos resultantes para cerrar la notificación.

**Tipo de indicador:** Proceso

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.18-Notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR

#### Fórmula de cálculo

Nº notificaciones SAC 1 y SAC 2 en que se ha indicado un ACR  
como método de gestión

$$\frac{\text{Nº notificaciones SAC 1 y SAC 2 en que se ha indicado un ACR como método de gestión}}{\text{Nº notificaciones SAC 1 y SAC 2 gestionadas en el periodo analizado}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: el SAC (Severity Assessment Code) es el sistema empleado por el SiNASP para clasificar el riesgo asociado a un incidente de seguridad, a partir de la gravedad de los resultados del incidente en el paciente y su probabilidad de recurrencia. Hay 5 niveles de SAC, siendo el SAC 1 y el SAC 2 los dos niveles con más riesgo: riesgo extremo (SAC 1) y riesgo alto (SAC 2). Para analizar las notificaciones SAC 1 y SAC 2 se recomienda, de forma general, realizar un ACR.

Las notificaciones en las que se ha indicado un ACR como método de gestión son notificaciones en la que el gestor ha seleccionado “investigación mediante ACR” o “investigación mediante versión simplificada de ACR” en el apartado de “gestión de la notificación”.

Denominador: notificaciones en las que se ha cambiado el estado de la notificación que por defecto está “abierto” a “cerrado”, indicando así que se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación. Toda notificación está abierta hasta que el gestor cambia este estado a “cerrado”.

ACR: Análisis Causa Raíz, metodología de análisis en profundidad de incidentes de seguridad.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.19-Notificaciones con indicación de ACR

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones en que se ha indicado un ACR como método de gestión}}{\text{Nº notificaciones gestionadas en el periodo analizado}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: notificaciones en la que el gestor ha seleccionado “investigación mediante ACR” o “investigación mediante versión simplificada de ACR” en el apartado de “gestión de la notificación.

Denominador: notificaciones en las que se ha cambiado el estado de la notificación que por defecto está “abierto” a “cerrado”, indicando así que se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación. Toda notificación está abierta hasta que el gestor cambia este estado a “cerrado”.  
ACR: Análisis Causa Raíz, metodología de análisis en profundidad de incidentes de seguridad.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.20-ACR finalizados

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados}}{\text{Nº notificaciones gestionadas en el periodo analizado}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

Numerador: se incluyen en el numerados los Análisis Causa Raíz que han finalizado en el periodo analizado (podrían haberse comenzado en el periodo anterior). Se considera finalizado el ACR cuando se ha elaborado el plan de mejora a partir del análisis (sin esperar a que las mejoras se hayan implementado).

Denominador: notificaciones en las que se ha cambiado el estado de la notificación que por defecto está “abierto” a “cerrado”, indicando así que se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación. Toda notificación está abierta hasta que el gestor cambia este estado a “cerrado”.  
ACR: Análisis Causa Raíz, metodología de análisis en profundidad de incidentes de seguridad.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Dato introducido por los gestores del SiNASP en los centros.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.21-Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones

#### Fórmula de cálculo

Nº reuniones del grupo encargado del análisis de las notificaciones en el periodo analizado.

#### Aclaraciones

Cada centro define, en su protocolo de gestión de notificaciones, el foro encargado de analizar los incidentes notificados, decidir el sistema de gestión de las notificaciones y aprobar los planes de reducción de riesgos. Habitualmente este foro es la Unidad Funcional/Comisión de Seguridad/Núcleo de Seguridad.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Dato introducido por los gestores del SiNASP en los centros.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.22-Envío de emails a los notificantes

#### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº notificaciones con emails de feedback enviados}}{\text{Nº notificaciones con dirección de email del notificante gestionadas en el periodo analizado.}} \times 100.$$

#### Aclaraciones

**Numerador:** la herramienta SiNASP registra los emails de feedback que se han enviado al notificante de un incidente en respuesta a la notificación. Se consideran notificaciones con emails enviados aquellas notificaciones en las que hay registro de al menos un email (no se tendrá en cuenta la existencia de más de 1 email asociados a una misma notificación).

**Denominador:** tanto el nombre como la dirección de email del notificante son campos de cumplimentación voluntaria, por lo que no todas las notificaciones incluyen esta información. El denominador de este indicador incluye únicamente aquellas notificaciones en las que se ha cumplimentado el campo "dirección de email del notificante".

Las notificaciones gestionadas son notificaciones en las que se ha cambiado el estado de la notificación que por defecto está "abierto" a "cerrado", indicando así que se ha realizado todo el proceso de gestión, incluyendo las recomendaciones de mejora y las acciones para la gestión de la notificación.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.23-Informes guardados en el sistema

#### Fórmula de cálculo

Nº informes guardados en la aplicación SiNASP en el periodo analizado.

#### Aclaraciones

Número total de informes realizados de forma semi-automática en el área del gestor de la aplicación del SiNASP y guardados en el sistema durante el periodo de análisis.

*El resultado de este indicador refleja únicamente los informes que se han guardado en la aplicación SiNASP, sin valorar el contenido de los mismos ni la utilización y la difusión que se haga posteriormente del informe. Si los gestores trabajasen y guardasen el borrador de un informe, pero no llegasen a terminarlo y/o distribuirlo, dicho borrador se contabilizaría en el indicador como un informe más (falso positivo). Para una información más completa, el resultado de este indicador debe analizarse junto con el indicador siguiente (nº de informes difundidos).*

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Cálculo automático de la aplicación SiNASP.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### L303.2.24-Informes difundidos a los profesionales

#### Fórmula de cálculo

Nº informes de feedback difundidos a los profesionales del centro en el periodo analizado.

#### Aclaraciones

Número total de informes que han sido finalizados y distribuidos entre los profesionales del centro por medios que alcancen a un porcentaje importante de los profesionales sanitarios (intranet, correo electrónico, tableros de anuncios de las unidades, etc.).

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Dato introducido por los gestores del SiNASP en los centros.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

### **L303.2.25-Sesiones de presentación de casos**

#### **Fórmula de cálculo**

Nº sesiones de presentación de casos de notificaciones realizadas en el periodo analizado.

#### **Aclaraciones**

Número total de sesiones que se han realizado para presentar los incidentes notificados al SiNASP y el análisis de los mismos. Las sesiones podrán centrarse en un único incidente, en varios casos de un mismo tema (sesiones monográficas) o en una visión general de las notificaciones recibidas y el análisis realizado. Se contabilizan únicamente las sesiones de más de media hora de duración y con más de 10 asistentes.

**Tipo de indicador:** Proceso.

**Fuente de datos:** Dato introducido por los gestores del SiNASP en los centros.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Disponible en <https://www.sinasp.es/>

## Línea Estratégica 4. La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

### OBJETIVO GENERAL 4.1

Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la SP

#### L404.1.1-Hospitales con plan de acogida para los pacientes ingresados

##### Fórmula de cálculo

$$\frac{\text{Nº hospitales que disponen de plan de acogida para pacientes ingresados}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### Aclaraciones

El plan debe referir el conjunto de procedimientos que se dispensarán a los pacientes ingresados, así como ser explícito en cuanto al momento de aplicación y tener establecida la responsabilidad de ejecución.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

##### Referencias:

Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

#### **L4O4.1.2-Hospitales que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales que realizan acciones formativas sobre SP para pacientes}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Por acción formativa se entiende la organización y realización, y evaluación de programas dirigidos a los pacientes sobre aspectos de la SP. Debe existir un registro de los participantes y una evaluación de la actividad.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad. Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

#### **L4O4.1.3-CAP que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº CAP que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes}}{\text{Nº CAP.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Debe existir un registro de participantes (en el que figure al menos lugar y día de celebración, número de asistentes y una evaluación de la satisfacción percibida luego de la actividad).

**Tipo de indicador:** Indicador de Proceso.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en:  
<https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

#### **L4O4.1.4-Hospitales con procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados**

##### **Fórmula de cálculo**

$$\frac{\text{Nº hospitales que disponen de un protocolo de acompañamiento del paciente hospitalizado}}{\text{Nº hospitales de la CC.AA.}} \times 100.$$

##### **Aclaraciones**

Debe existir un protocolo escrito en el que se expliciten los criterios y los procedimientos en función del tipo de paciente y la edad del mismo. Así como los distintos espacios de hospitalización (planta, UCI, etc.).

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de Estructura.

**Fuente de datos:** Registro de la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual.

**Referencias:** Estrategia de Seguridad del paciente 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2016. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

## Línea Estratégica 5. Investigación en seguridad del paciente

Estos indicadores se han trabajado con la FECYT.



# Bibliografía

- 1 Rogers G, Alper E, Brunelle D, Federico F, Fenn CA, Leape LL et al. Reconciling medications at admission: Safe practice recommendations and implementation strategies. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32: 37-50
- 2 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [Sede Web] U.S. Department of Health & Human Services [Accedido 20 febrero 2015] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>
- 3 Morís de la Tassa J, Fernández de la Mota E, Aibar-Remón C, Castan S, Cameo, Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. [Internet] *Med Clin Monogr Barcelona*. 2008;131(Supl 3):72-8. [Accedido 4 abril 2019] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-resumen-identificacion-inequivoca-pacientes-ingresados-hospitales-13132776>
- 4 Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el SNS. Otero MJ. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. [Internet] MSC, 2007 [Accedido 4
- 5 Glosary and conceptual frameworks. PaSQ. Disponible en: <http://www.pasq.eu/>
- 6 Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- 7 Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>
- 8 Proyectos de Seguridad del Paciente. Consultar. <https://www.seguridaddelpaciente.es/>
- 9 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sistema de información Sanitaria. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm#>
- 10 European Network of Patient Safety and Quality of care (PaSQ) Disponible en: [www.pasq.eu](http://www.pasq.eu)
- 11 Documento marco del Sistema nacional de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf\\_2016/Documento\\_marco\\_Vigilancia\\_IRAS.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2016/Documento_marco_Vigilancia_IRAS.pdf)
- 12 Web proyecto SENECA. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2007/seneca/>
- 13 Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español: Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/practica-clinica/2005/>
- 14 La calidad de la atención sanitaria. Indicadores de efectividad clínica. Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2013. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-indicadores-de-efectividad-clinica/>
- 15 Indicadores de calidad para atención primaria del SNS de la SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial); 2013. Disponible en: <http://calidadasistencial.es/wp-seca/la-calidad-de-la-atencion-sanitaria-indicadores-de-efectividad-clinica/>
- 16 Web Indicadores OCDE. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>
- 17 Web Indicadores NQF. Disponible en: <http://www.qualityforum.org/Home.aspx>
- 18 Web Sistema de notificación de errores de medicamentos del ISMP-España. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/>
- 19 Web SIMPATIE. Disponible en: [http://www.hope.be/EU\\_Projects/safety-improvement/](http://www.hope.be/EU_Projects/safety-improvement/)
- 20 Web Proyecto EuNETPAS. Disponible en: <http://www.pasq.eu/>
- 21 Web Proyecto Linnaeus. Kerstin Klemp, Susan Dovey, Jose M Valderas, et al. Developing a patient safety incident classification system for primary care. A literature review and Delphi-

- survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015 Aug 14; 21(sup1): 35-38
- 22 Estrategia de SP página. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>
- 23 Envin-HELICS. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>
- 24 Proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ). Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-de-seguridad-en-el-bloque-quirurgico/> y en <https://infeccionquirurgicazero.es/es/>
- 25 Proyecto Cirugía segura disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-de-seguridad-en-el-bloque-quirurgico/> y en <http://www.cirugiasegura.es/>
- 26 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://sinasp.es/>
- 27 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
- 28 Mira JJ, Caro Mendivelso J, Carrillo I, González de Dios J, Olivera G, Pérez-Pérez P et al. Low-value clinical practices and harm caused by non-adherence to 'do not do' recommendations in primary care in Spain: a Delphi study. *Int J Qual Health Care.* 2018 Sep 25. doi: 10.1093/intqhc/mzy203.
- 29 Criterios que deben cumplir los centros, servicios o unidades para ser designados como de referencia en el Sistema Nacional de Salud para la atención o realización de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos Criterios alianzas entre centros: Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/Criterios\(2019\).htm](https://www.msbs.gob.es/profesionales/CentrosDeReferencia/Criterios(2019).htm)
- 30 Ministerio de Sanidad y Consumo. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- 31 Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social. Estudios de percepción y opinión. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/>



La “Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”, fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 29 de julio de 2015, y recoge las líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones, para minimizar y reducir el daño asociado a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud

Evaluar la Estrategia de Seguridad del Paciente es fundamental para conocer la efectividad de las acciones desarrolladas en los centros sanitarios de las CC.AA. y el grado de consecución de los diferentes objetivos.

Este documento describe los diferentes métodos que se han utilizado para evaluar la Estrategia de Seguridad del Paciente del periodo 2015-2020, presentando una serie de indicadores consensuados que permitan medir el avance en la implementación

Los indicadores en seguridad del paciente permiten monitorizar situaciones de mejora asociados con la asistencia sanitaria, relacionados con la estructura, proceso o resultado.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD