



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Periodo 2015-2020

Estrategia de Seguridad del paciente
del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD



COORDINACIÓN Y REDACCIÓN

- **Subdirección General Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad**
 - **Yolanda Agra Valera**
 - **Nuria Prieto Santos**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- **Andalucía:** Eva Elvira Moreno Campoy y Paloma Trillo López
- **Aragón:** Mabel Cano del Pozo
- **Asturias:** Sara Mérida Fernández y María Belén Suárez Mier
- **Baleares:** Carlos Campillo Artero, María Olga Hidalgo Pardo y Marta Torres Juan
- **Canarias:** Paloma García de Carlos y Nuria Bañón Morón
- **Cantabria:** José Luis Teja Barbero y Patricia Corro Madrazo
- **Castilla y León:** Tomás Maté Enríquez y Soledad Montero Alonso
- **Castilla-La Mancha:** Félix Alcázar Casanova y Sonia Cercenado Sorando
- **Cataluña:** Laura Navarro Vila, Gloria Oliva Oliva y Jordina Capella González
- **Extremadura:** Manuel Gracia Toro
- **Galicia:** María José López Pimentel y Olga Roca Bergantiños
- **La Rioja:** Belén Ruiz Nicolás y Pilar Sáenz Ortiz
- **Madrid:** Alberto Pardo Hernández y Cristina Navarro Royo
- **Murcia:** Pedro Parra Barrios y José Eduardo Calle Urra
- **Navarra:** Aránzazu Elizondo Sotro y Carmen Silvestre Busto
- **País Vasco:** Enrique Peiró Callizo y María Luisa Iruretagoyena Sánchez
- **Comunidad Valenciana:** María José Avilés Martínez y Vicente José Belda Torrent
- **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.
 - María Angeles Gogorcena Aoiz
 - Félix Miguel García
 - María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio
 - María Cristina Sanz Sebastián
- Dirección General de Cartera Común de Servicio del SNS y Farmacia
 - María del Carmen Pérez Mateos

• OTROS EXPERTOS

- *Francisco Álvarez Lerma* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias)
- *Xavier Nuvials Casals* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias)
- *Mercedes Catalán Gonzalez* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias)
- *Inmaculada Fernández Moreno* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias)
- *Rosa García Díez* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias)

- *Jesús María Aranz Andrés* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública)
- *Francisco Javier Lozano García* (Miembro del Consejo Asesor de los proyectos de Seguridad del Paciente Crítico. Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública)
- *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)
- *Miguel Ruiz Marín* (Facultativo especialista en Cirugía General. Servicio de Cirugía Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Coordinador Científico de Cirugía Segura)
- *Juan Francisco Navarro Gracia* (Facultativo especialista en Medicina Preventiva. Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Elche. Coordinador Científico de Proyecto IQZ)
- *María José Otero López* (Instituto del Uso Seguro del Medicamento. ISMP-España)
- *Javier Zarzuela Jimenez* (Subdirector de protección Radiológica Operacional. Consejo de Seguridad Nuclear)
- *María Luisa Ramirez Vera* (Consejo de Seguridad Nuclear)
- *José Joaquín Mira Solves* (Catedrático de la Universidad Miguel Hernández)
- *María Pilar Astier Peña* (Médico especialista en Atención Primaria y Comunitaria. Médica de Familia en CS "La Jota", Zaragoza)
- *Carlos Aibar Remón* (Profesor Universidad de Zaragoza, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa)
- *María del Mar Fernández Maíllo* (Directora de Área del Instituto Avedis Donabedian)
- *Joaquim Bañeres Amella* (Director del Instituto Universitario Avedis Donabedian)
- *María Inés Palanca Sánchez* (Subdirectora General de Gestión, IMSERSO)
- *Carina Escobar Manero* (Plataforma de Organizaciones de Pacientes)
- *Andoni Lorenzo* (Foro Español de Pacientes)
- *Joseba Sanmartín Sola* Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT)

Apoyo metodológico

Sara Carbajal Carbajal. Residente de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Paloma Moreno Nuñez. Residente de Medicina Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Moisés Espejo Mambié. Residente de Medicina Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Apoyo al análisis de datos: Este documento ha sido encargado por el Ministerio de Sanidad a Novotec, dentro del contrato expediente nº: 201907CM0036

Edita:

© MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 133-22-136-0

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

1. Índice

1. Índice	2
2. Introducción	3
3. Objetivo del informe de evaluación	6
4. Metodología de evaluación	7
5. Resultados de la evaluación de la Estrategia	11
Línea estratégica 1.	12
Línea estratégica 2.	16
Línea estratégica 3.	93
Línea estratégica 4.	109
Línea estratégica 5.	114
Línea estratégica 6.	116
6. Los programas de seguridad del paciente durante la pandemia	139
7. Anexos	144

2. Introducción

Evaluar la seguridad del paciente es clave para disponer de información que permita analizar la efectividad de la estrategia, programas y acciones desarrollados para prevenir y minimizar los riesgos y daños asociados a la asistencia sanitaria y buscar mejoras relacionadas con el desempeño de los profesionales y del sistema en el que estos trabajan. La evaluación debe además permitir identificar mejoras para reorientar las políticas sanitarias, la gestión sanitaria y la práctica clínica.

Medir la seguridad del paciente no es equivalente a medir solo el daño, aunque este sea el aspecto fundamental, es muy importante poder medir también los riesgos a los que el paciente está sometido durante su viaje por el sistema sanitario. De ahí que sea fundamental utilizar una metodología de evaluación multifacética que combine diferentes métodos de evaluación para poder tener una visión más precisa del nivel de seguridad de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

Con el fin de dar cumplimiento a las exigencias marcadas en la Ley de Cohesión y Calidad del 29 de mayo de 2003, el Ministerio de Sanidad (MS) viene desarrollando desde el año 2006 una Estrategia de Seguridad del Paciente, actualizada para el periodo 2015-2020 y aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 29 de julio de 2015. Esta Estrategia, se ha venido evaluando, desde sus inicios, a través de una serie de indicadores, acordados con las Comunidades Autónomas, que han sido revisados y actualizados para valorar las acciones del periodo 2015-2020, siguiendo la metodología desarrollada en el “Manual para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020”.

En este documento, se presentan los resultados de la evaluación de la Estrategia para el periodo 2015-2020, en función de las líneas estratégicas y objetivos de la misma (figura 1).

06 Participación internacional

Promover la participación en foros internacionales de seguridad y trabajar de forma conjunta con organizaciones internacionales que desarrollan acciones relevantes en este ámbito.

05 Investigación en seguridad del paciente

Promover la investigación que mejore el conocimiento sobre el riesgo clínico, la comprensión de factores que contribuyan a la aparición de incidentes, el impacto de los EA sobre el SNS, la identificación de soluciones coste-efectivas, factibles y sostenibles para una atención mas segura.

04 Participación de pacientes y ciudadanos

Basada en sus derechos para la toma de decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario. Este cambio de rol del paciente requiere un cambio cultural profesional-paciente enfocado a la toma de decisiones compartidas.



01 Cultura de seguridad

Desarrollo de acciones en seguridad dirigidas a medir y mejorar el clima de seguridad, fomentar la información y formación, los cuidados efectivos, entrenar equipos, fomentar el liderazgo y aprender de los incidentes, informando a los profesionales de los resultados.

02 Prácticas Clínicas seguras

Promover el uso seguro del medicamento, prevenir las IAAS y evitar los daños asociados a la cirugía o cuidado de pacientes. Incluyen otras prácticas como la identificación inequívoca de pacientes, comunicación efectiva o el uso seguro de radiaciones ionizantes.

03 Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes

Identificar y analizar los riesgos asociados a la asistencia sanitaria implantando planes de acción para su prevención, llevando a cabo el análisis de causa-raíz para profundizar en los incidentes.

Implantar sistemas de notificación de incidentes que permitan aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores.

Figura 1. Líneas estratégicas y objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020

Línea estratégica 1: Cultura de seguridad

- Objetivo 1.1. Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación

Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras

- Objetivo 2.1. Promover el uso seguro del medicamento
- Objetivo 2.2. Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria (IAAS)
- Objetivo 2.3. Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía
- Objetivo 2.4. Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes
- Objetivo 2.5. Promover la identificación inequívoca del paciente
- Objetivo 2.6. Promover la comunicación entre profesionales
- Objetivo 2.7. Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de Eventos Adversos (EA) graves en los centros sanitarios
- Objetivo 2.8. Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes

- Objetivo 3.1. Promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios
- Objetivo 3.2. Promover la implantación y desarrollo de Sistemas de notificación de incidentes de seguridad del paciente

Línea estratégica 4: Participación de pacientes y ciudadanos

- Objetivo 4.1. Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente

Línea estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente

- Objetivo 5.1. Promover la mejora del conocimiento en la prevención del daño asociado con la atención sanitaria

Línea estratégica 6: Participación internacional

- Objetivo 6.1. Promover la participación internacional en seguridad del paciente

La evaluación de la línea estratégica 6, se hará a través de la descripción de las acciones desarrolladas a nivel internacional desde el comienzo de la Estrategia.

3. Objetivo del informe de evaluación

El objetivo de este documento es **presentar los resultados obtenidos de la evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud del periodo que va de enero de 2015 a enero de 2020**. No obstante, en el caso de los indicadores de los que se disponía de datos, se ofrecen resultados de la evolución de los mismos con antelación al año 2015.

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una situación de crisis excepcional para el sistema sanitario español que se ha traducido, entre otros aspectos, en una sobrecarga asistencial y reorganización de recursos humanos y servicios asistenciales para dar respuesta a la demanda sobrevenida. Por este motivo, algunos indicadores referidos al año 2019 y que deberían de haberse recogido en el año 2020, no se han podido incluir en este informe.

Este informe pretende igualmente proporcionar información que:

- Favorezca la transparencia en la información relacionada con la seguridad del paciente en el SNS.
- Fomente la seguridad del paciente en los centros sanitarios del SNS.
- Permita identificar resultados exitosos y fomentar el aprendizaje colaborativo para la mejora.
- Ponga de manifiesto oportunidades de mejora para focalizar nuevas acciones a emprender.

4. Metodología de evaluación

Con el propósito de evaluar el nivel de avance en la implantación de las líneas estratégicas y objetivos establecidos, el MS definió en el “Manual de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS” anteriormente mencionado, una metodología multifactorial que combina:

- La recopilación de una serie de **indicadores** procedentes de:
 - La identificación y selección de indicadores a través del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente, mediante metodología Delphi de dos olas, teniendo en cuenta los indicadores que ya se venían evaluando en la en la etapa previa (Periodo 2006-2014) además de los que las CC.AA. venían midiendo en sus respectivas estrategias.
 - La descripción detallada del método Delphi y de los indicadores finalmente acordados, se encuentra en el “Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.Período 2015-2020”.
 - Los programas y proyectos desarrollados en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS:

- Programa de Higiene de Manos.
- Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos, en el que se incluyen los siguientes proyectos:



Bacteriemia Zero (BZ)



Neumonía Zero (NZ)



Resistencia Zero (RZ)



Infección del Tracto Urinario Zero

- Programa de Seguridad en el Bloque Quirúrgico (BQ), en el que se incluyen los siguientes proyectos:



Cirugía Segura (CS)



Infección Quirúrgica Zero (IQZ)

- Indicadores obtenidos del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Además se recogen indicadores del resto de Sistemas de Notificación del SNS.
- Uso seguro del medicamento. Indicadores obtenidos del sistema de notificación de errores del Instituto para el Uso seguro de Medicamentos (ISMP-España).
- Indicadores procedentes de datos administrativos del SNS:
 - El Registro de Atención Hospitalaria (RAE-CMBD).
 - Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

- Los resultados de las **auditorías realizadas a los centros, servicios y unidades de referencia (CSUR)** en el año 2018.

- Resultados de cuestionarios realizados a profesionales y a pacientes:

- Cuestionario a los miembros del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente para conocer su opinión sobre facilitadores y barreras en la implantación y desarrollo de los programas de seguridad en los pacientes críticos y del programa de seguridad en el bloque quirúrgico. Se trata de cuestionarios diseñados *ad hoc* para su autocumplimentación, con preguntas abiertas y cerradas sobre la opinión de los responsables de seguridad del paciente en las CC.AA.
- Cuestionario diseñado *ad hoc* dirigido a los gestores del sistema de notificación SiNASP para conocer su percepción sobre el sistema, barreras y propuestas de mejoras.
- Resultados del "Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales". VII. Se trata de la versión actualizada en 2018 que incluye 265 ítems que representan prácticas seguras con la medicación. Está planteado como una herramienta de mejora continua que permite a los hospitales evaluar periódicamente los procesos, identificar sus puntos críticos de riesgo y priorizar acciones de mejora.
- Cuestionario a los pacientes para conocer su percepción de seguridad. Se ha utilizado el cuestionario validado: "Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios"¹.

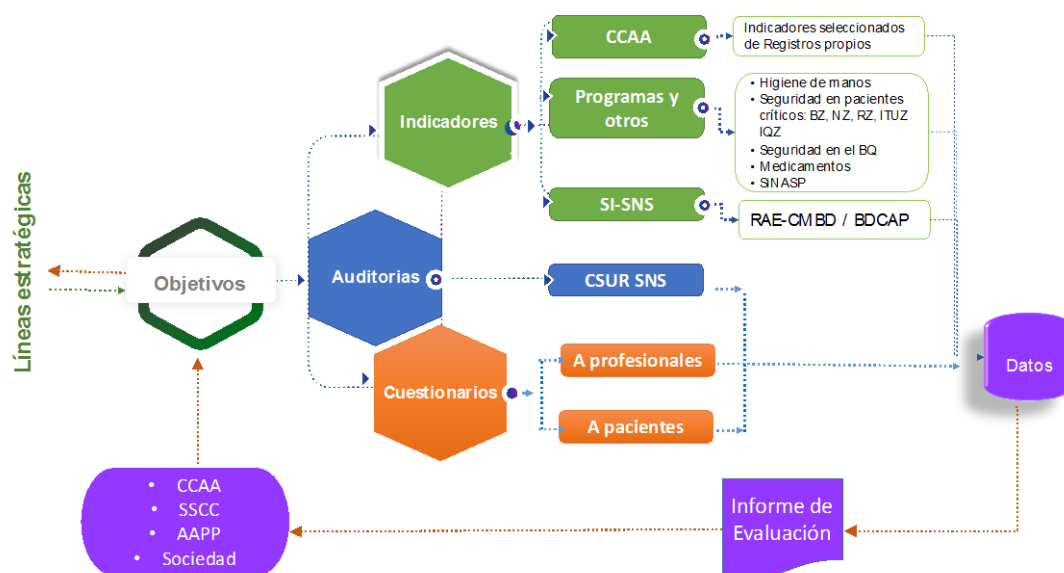


Figura 2. Estrategia multimodal definida en el Manual de Evaluación para la evaluación de la Estrategia de Seguridad del paciente

¹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. 2010. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/informe_validacion_cuestionario.pdf

La relación de los indicadores incluidos en este informe se detalla en “Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020” donde se describe para cada uno de ellos:

- Línea estratégica y objetivo bajo el que se agrupan.
- Código de identificación y su denominación.

La descripción y fórmula de cálculo de cada uno de ellos puede consultarse en el Manual de Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

- Tipo de centro sanitario de aplicación: Hospital y/o Centro de Atención Primaria (CAP).
- Fuente/s de datos empleada/s.

Con independencia de la línea estratégica/objetivo, la metodología empleada para la evaluación de los indicadores considerados ha sido la siguiente:

A. Identificación, para cada uno de los indicadores, de la siguiente información:

- Denominación y su caracterización.
- Fórmula de cálculo.
- Fuentes de datos.
- Las series temporales disponibles para el periodo de estudio (2015-19) así como la posibilidad de ampliarlas a periodos previos, cuando la información estuviera disponible. De esta forma, las series temporales contempladas en este informe según el tipo de indicador/fuente de información son:

Tabla 1. Series temporales establecidas para cada grupo de indicadores/fuente de información

Tipo indicadores/fuente de información	Serie temporal
Indicadores con información procedente de las CC.AA.	2018
Indicadores con información procedente del RAE-CMBD	2012-2017
Indicadores con información procedente de la BDCAP	2015-2017
Prevención y control de las IAAS_HM	2009-2019
Prevención y control de las IAAS_BZ. Inicio programa 2009	2008- jun 2019
Prevención y control de las IAAS_NZ-Inicio programa 2011	2011-2019
Prevención y control de las IAAS_RZ- Inicio programa 2014	2014-2019
Prevención y control de las IAAS_ITUZ- Inicio programa 2018	2017-sep 2019
Prácticas seguras en cirugía_P. Cirugía segura	2017-2019
Prácticas seguras en cirugía_P. Cirugía segura_IQZ	2017-2018
Indicadores del SiNASP	2015-2018
Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos	2015- 2019

B. Diseño y validación de una Base de Datos para la carga, tratamiento y explotación de los indicadores, así como la extracción de la información segmentada por línea estratégica y/u objetivo, CC.AA., año o serie temporal, o bien según aspectos específicos tales como sexo o edad cuando se ha logrado recopilar la información necesaria para dicha segmentación.

Esta base de datos ha sido diseñada para permitir la integración de los datos en un sistema de información de mayor alcance y capacidad que facilite el seguimiento de los indicadores a lo largo del tiempo.

Los datos se obtuvieron de los remitidos por las CC.AA. y fueron validados por las mismas. Para homogeneizar los datos y su recogida en cada ficha de indicador se explicitaban los datos a analizar.

- C. Recopilación de información de los indicadores con fuente de datos en los propios sistemas/registros de los hospitales y centros de atención primaria de cada CC.AA.

Para ello, se procedió a la definición de un cuestionario con la información necesaria, que fue remitido-previo pilotaje- a los representantes del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente en septiembre de 2019, utilizando el software LimeSurvey, facilitado por la Subdirección General de Tecnologías de la Información del MS.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de la consistencia y la coherencia de los datos remitidos y se solicitó información complementaria a aquellas CC.AA. para las que resultó oportuno aclarar la información enviada o bien completar/modificar la misma.

- D. Obtención directa de los indicadores con fuente de datos en el MS, Portal estadístico_Área de inteligencia de gestión RAE-CMBD y BDCAP, mediante su selección en los cubos y aplicación de los filtros disponibles.

- E. Obtención de datos brutos para el cálculo de los indicadores con fuente de información en:

- Bases de datos específicas para el seguimiento de la aplicación de prácticas seguras:
 - Programa de Higiene de manos.
 - ENVIN-HELICS. Para los proyectos BZ, NZ, ITU_ZERO, RZ.
 - Cirugía Segura y para el proyecto IQZ.
 - Instituto para el Uso Seguro del Medicamento.
- El SiNASP y otros sistemas de notificación de las diferentes CC.AA.

- F. Una vez depurada la información, esta fue cargada en la BB.DD diseñada a tal efecto para su posterior tratamiento, explotación y análisis.

- G. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, que se presentan como frecuencias absolutas o relativas. No se realiza otro tipo de análisis estadístico porque los datos se han obtenido de poblaciones totales y no de muestras representativas.

- H. En cada línea estratégica se presentan tras los resultados de los indicadores evaluados, recomendaciones a tener en cuenta a nivel de SNS, de Comunidad Autónoma y de Centro Sanitario.

Los datos ausentes no han recibido ningún tipo de tratamiento estadístico, y se exponen como datos globales.

Aunque el informe hace referencia al periodo 2015-2020, hay indicadores (como los obtenidos directamente de las CC.AA.) que solo se refieren al año 2018. Otros indicadores se han podido obtener incluyendo el año 2019.

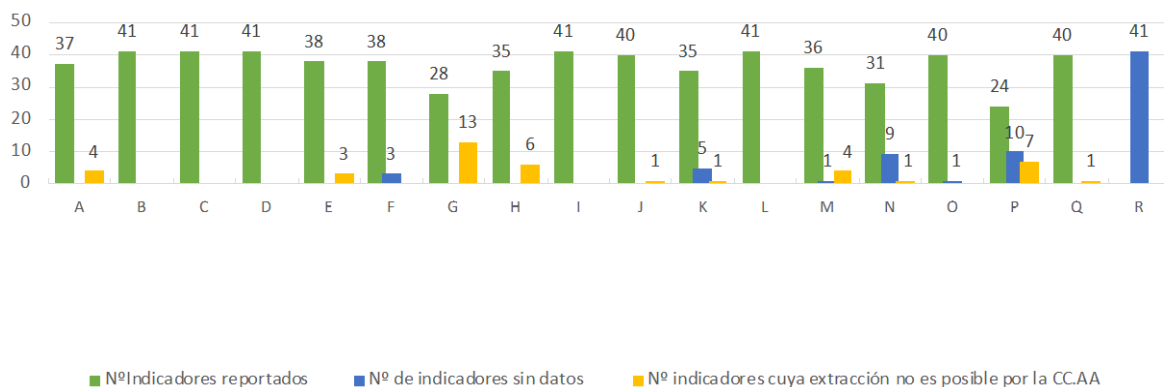
5. Resultados de la evaluación de la Estrategia

5.1. Indicadores

Consideraciones sobre la información recopilada

Se presentan los resultados de 95 indicadores recogidos, 38 indicadores facilitados por las CC.AA., 49 indicadores recogidos de los programas de seguridad en marcha y 18 de indicadores de datos administrativos. Los datos obtenidos se presentan por línea estratégica, según los objetivos evaluados y describiendo los resultados de cada uno de los indicadores medidos. Así, para cada uno de ellos se incluye la información disponible (procedente de una o varias fuentes de información) y de acuerdo con las series temporales establecidas.

En la figura 3 se describe, por CC.AA., el número de indicadores para los que se ha reportado información, el número sobre los que no se han aportado datos y el número sobre los que no ha podido obtenerse información debido a la imposibilidad de extraer de sus sistemas de información los datos solicitados, lo que no ha permitido un análisis completo de ciertos indicadores.



■ Nº Indicadores reportados ■ Nº de indicadores sin datos ■ Nº indicadores cuya extracción no es posible por la CC.AA.

Figura 3. Indicadores de SP solicitados a las CC.AA.

Distribución de indicadores para los que dispone de información/sin datos/no es posible su extracción

Consideraciones sobre la información presentada

Con objeto de facilitar la visualización y análisis de la implantación de determinadas prácticas, los indicadores cuya información ha sido remitida por las CC.AA., se presentan en la mayoría de los casos agrupando las CC.AA. que cuentan con un nivel de información remitida similar para la práctica evaluada.

L1. Línea estratégica 1

Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes relacionados con la seguridad del paciente, poder aprender de los errores y evitar su repetición.

Esta línea estratégica se despliega en un único objetivo cuyo planteamiento, indicadores y resultados se muestran a continuación.

L1. Objetivo 1 (01): Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 2 indicadores que recogen información procedente de las CC.AA. para el año 2018 sobre la existencia, tanto en los CAP como en los hospitales de un Plan de Seguridad del Paciente (propio o institucional) que incluya responsable, fecha de vigencia, información anual de actividades, evaluación y plan de difusión, como así viene indicado en el Manual de Evaluación 2015-2020. Por lo que las repuestas afirmativas deberían considerarse no solo como confirmación de la existencia de dichos planes, sino también como indicación de su adecuada definición.

Los resultados se presentan agrupando las CC.AA. en cuatro categorías: CC.AA. que disponen de un plan en el 100% de los centros, en más del 50% de sus centros, en menos del 50% de sus centros y sin plan (cuando proceda).

Indicador

L101.1 y 2

Centros de Atención Primaria (CAP) y hospitales que disponen de un Plan de Seguridad del paciente

Durante el año 2018, los datos aportados por las 15 CC.AA. indican que 1.762 CAP disponen de un Plan de seguridad del paciente, lo que supone el 78,8% de los centros sobre los que se ha aportado información. Igualmente, 249 hospitales disponen de estos planes, lo que supone un 73,9% de los hospitales sobre los que se ha aportado información. Según datos del Ministerio de Sanidad del año 2018, hay 3.050 centros de salud y 467 hospitales del SNS².

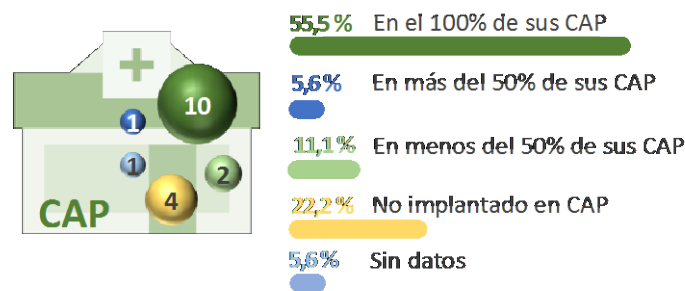
² Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2017 [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2018/Informe_completo.pdf y en <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/aniosAnterioresCentros.htm>



Figura 4. CAP y Hospitales que disponen de un Plan de Seguridad del Paciente

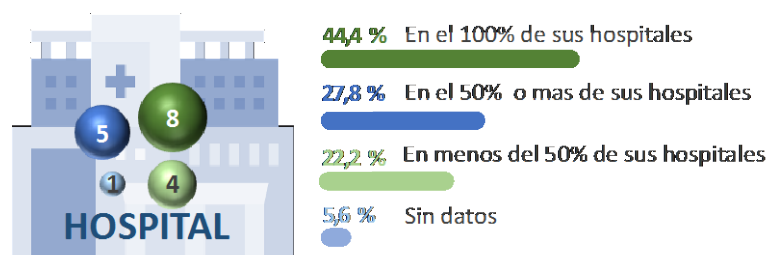
Señalar que una de las CC.AA. que aparece “sin datos” no puede ser incluida en la medición de este indicador porque tienen una organización asistencial integrada que incluye hospitalización y atención primaria.

Analizando los datos por CC.AA., en los siguientes gráficos se agrupan y presentan para CAP y hospitales, aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de disponibilidad de planes de seguridad del paciente.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 5. Nº (%) de CC.AA. con Plan de Seguridad en CAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 6. Nº (%) de CC.AA. con Plan de Seguridad en hospitales



CC.AA. indicaron disponer de Planes de Seguridad del Paciente tanto en hospitales como en atención primaria.

La disponibilidad de estos planes alcanza a un mayor número de CC.AA. en el caso de centros de atención primaria (10 CC.AA.), aunque deben establecerse dichos planes en 4 CC.AA. y mejorarse en otras 3 CC.AA..

En el caso de hospitales, el número de CC.AA. con disponibilidad de planes es menor (8 CC.AA.) que en atención primaria y 5 CC.AA. se encuentran en niveles iguales o superiores al 50%.

Aunque todas las CC.AA. dicen disponer de dichos planes con los requisitos que señala el indicador de evaluación, 4 CC.AA. requieren actuaciones para mejorar dichos requisitos.

Web de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.

La Línea Estratégica 1 incluye como recomendación para fomentar la cultura de seguridad, “Identificar, difundir y compartir a nivel nacional, regional y local buenas prácticas, información y experiencias sobre seguridad del paciente” en este sentido se ha puesto a disposición del público una página web (<https://seguridaddelpaciente.es/>) como elemento de difusión de las actividades desarrolladas en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS: una plataforma de apoyo a la formación, información de eventos de interés como intercambio de prácticas seguras puestas en marcha en el SNS, informes y publicaciones científicas sobre Seguridad del Paciente, etc. Se trata de una página web abierta, dinámica, que se actualiza permanentemente y que desde el año 2008 ha servido para la difusión de los proyectos y los encuentros que han tenido lugar en diferente foros sobre Seguridad del Paciente.

Conclusiones principales

- Los planes de seguridad del paciente son herramientas que nos permiten fomentar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias, informando a los profesionales y facilitando su implicación en la implantación y evaluación de prácticas seguras y propuestas para la mejora, y de los directivos en la promoción de la seguridad del paciente.
- De las 15 CC.AA. que han contestado, solo 8 CC.AA. tienen planes de seguridad del paciente en el 100% de sus CAP y hospitales. La implantación de estos planes podría servir de marco para compartir prácticas seguras entre los centros sanitarios en cada CC.AA.

Recomendaciones

- **Para el Ministerio de Sanidad**
 - Difundir, al menos anualmente, los resultados de la evaluación de los indicadores de la Estrategia de Seguridad del Paciente, acordados con las CC.AA.
 - Desarrollar anualmente una Jornada de Seguridad del Paciente (SP) (mejor coincidiendo con el día internacional de la Seguridad del Paciente) para fomentar la cultura de seguridad y el intercambio de experiencias de las diferentes estrategias,

programas y planes desplegados en las CC.AA., prestando especial atención a las iniciativas novedosas.

- **Para las CC.AA.**
 - Las direcciones asistenciales de las CC.AA. se comprometerán con la seguridad del paciente, favoreciendo el desarrollo y la implantación de estos planes con los gestores de los centros, evaluando su implantación de forma periódica.
 - Deberán fomentar el trabajo colaborativo entre los centros sanitarios de las CC.AA. para facilitar el intercambio y adopción de prácticas seguras, y valorarán su inclusión en los acuerdos de gestión de los centros sanitarios.

- **Para los centros sanitarios**
 - Los centros sanitarios deberán de adaptar a su entorno y adoptar, el plan de seguridad de la CC.AA.
 - Nombrar a una persona o equipo que lidere su desarrollo y evaluación.
 - Realizar los informes oportunos (al menos anualmente) que deberán difundir a los profesionales para su conocimiento y para implicarlos en el plan y en el establecimiento de iniciativas de mejora.

L2. Línea estratégica 2

Prácticas clínicas seguras

Esta línea estratégica incluye prácticas clínicas seguras de efectividad reconocida y recomendadas internacionalmente para prevenir y controlar los factores que con más frecuencia se asocian a los eventos adversos.

Esta línea estratégica se despliega en ocho objetivos generales, cuyo planteamiento, indicadores y resultados se muestran a continuación.



Figura 7. Despliegue de la línea estratégica 2 en ocho objetivos generales

L2. Objetivo 2.1 (O2.1.): Promover el uso seguro del medicamento

Los errores de medicación y el uso inseguro de los medicamentos son una de las causas principales de daño evitable durante la asistencia sanitaria.

Aunque la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 incluye 8 objetivos específicos y 13 recomendaciones para promover el uso seguro del medicamento a nivel del SNS, su desarrollo posterior y evaluación se ha dirigido a las áreas prioritarias de actuación sobre las que la OMS recomienda concentrar los esfuerzos en su tercer reto "Medicación sin daño", según acuerdo con las CC.AA., recogido en el "Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud". Dichas áreas se centran en: las situaciones de riesgo, particularmente el adecuado manejo de medicamentos de alto riesgo (MAR), la conciliación de la medicación y el uso de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de:

- Indicadores sobre la implantación de prácticas relacionadas con el uso de MAR en hospitales y uso de MAR en pacientes crónicos en CAP (información procedente de las CC.AA. de 2018).
- Indicadores sobre acciones de mejora emprendidas en relación con el uso de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados (información procedente de las CC.AA. de 2018).

- Indicadores sobre prácticas de conciliación de la medicación al alta (información procedente de las CC.AA. de 2018).
- Ítems referentes a las tres áreas prioritarias de la OMS del “Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” (resultados de 77 hospitales que lo cumplimentaron en el segundo semestre de 2018 y 2019).
- Indicadores que miden prácticas de escaso valor (“No hacer”) en el uso de medicamentos en atención primaria (información procedente de la BDCAP, serie temporal de 2015 a 2017).
- Notificaciones de profesionales al ISMP-España y actuaciones realizadas (serie temporal de 2015 a noviembre de 2019).

Indicador

L202.1.1. y 2

Hospitales con protocolo para MAR y Centros de Atención Primaria (CAP) con protocolo para MAR_Pacientes crónicos

Ya que el empleo incorrecto de estos medicamentos presenta una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales al paciente, deben definirse, implantarse y difundirse entre los profesionales de los centros sanitarios protocolos que establezcan las prácticas para mejorar la seguridad en su utilización.

Durante el año 2018, los datos aportados por las 15 CC.AA. que contestan, indican que 120 hospitales disponen de un protocolo para MAR, lo que supone el 39,6% de los centros sobre los que se ha aportado información. Un total de 795 CAP (de 14 CC.AA. que contestan) han desarrollado este protocolo, lo que supone un 41,9% de los CAP sobre los que se ha aportado información.



Nº (%) de CC.AA con Protocolo para MAR y su nivel de implantación en hospitales



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 8.

Analizando los datos por CC.AA., en los siguientes gráficos se agrupan y presentan para hospitales y CAP, aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de disponibilidad de protocolos MAR.

En el caso de hospitales:

3 CC.AA. indicaron disponer de protocolo para MAR en sus hospitales, 6 CC.AA. en más del 50% de sus hospitales y otras 6 CC.AA. con un nivel inferior al 50%.

En el caso de CAP:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 9.

El nivel de implantación de protocolos para MAR en pacientes crónicos es bajo, situándose en 4 CC.AA. en un nivel de implantación inferior al 50% de sus centros de atención primaria o sin ninguna implantación en 7 CC.AA.



En general, se observa que el número de centros sanitarios que cuentan con un protocolo implantado para el manejo seguro de los MAR en los hospitales y de los MARC en los CAP es limitado.

Los datos anteriores, aportados por las CC.AA., están en línea con los resultados obtenidos en los hospitales que cumplimentaron el “Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” en el segundo semestre de 2018 y en 2019 (n=77). La tabla 2 recoge el grado de implantación de prácticas seguras con los MAR expresado mediante el porcentaje medio sobre el valor máximo posible. La disponibilidad de algún protocolo o bien de una guía, de una escala de dosificación o de una lista de verificación era del 63,6%. Se observa también la baja implantación (19,5%) de la práctica considerada prioritaria por la OMS y otros organismos para evitar errores con los concentrados de electrolitos.

Tabla 2. Resultados obtenidos para varios ítems de evaluación relacionados con la utilización de los MAR en los hospitales que cumplimentaron el cuestionario de autoevaluación (n=77)

Ítem de evaluación	Media del porcentaje sobre el valor máximo
<i>Los medicamentos de alto riesgo están definidos en el centro</i>	73,4%
<i>Se dispone de protocolos, guías, escalas de dosificación o listas de verificación</i>	63,6%
<i>Se han establecido dosis máximas que se han incorporado en el software de la tecnología utilizada</i>	51,6%
<i>Se han estandarizado las concentraciones de las soluciones de infusión para adultos de los medicamentos de alto riesgo</i>	65,2%
<i>Los viales o ampollas de concentrados de electrolitos no están disponibles en las unidades o se almacenan separados del resto de la medicación</i>	19,5%
<i>Los bloqueantes neuromusculares se almacenan en cajetines separados y etiquetados</i>	56,5%
<i>Se utilizan bombas de infusión inteligentes con todas las funcionalidades de seguridad activadas para administrar los medicamentos de alto riesgo</i>	42,2%

Indicador

L202.1.3.

Hospitales con acciones de mejora en seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados

Los errores en el uso de medicamentos son mas frecuentes en el caso de pacientes polimedicados. Dicho riesgo aumenta en funcion del numero de medicamentos pautados. Para evitar estos errores es necesario establecer acciones que mejoren la comunicación entre los profesionales y de éstos con el paciente y la familia, revisar la medicación para evitar prescripciones potencialmente inadecuadas o duplicidad en medicamentos de la misma familia terapéutica, mejorar los registros, etc.

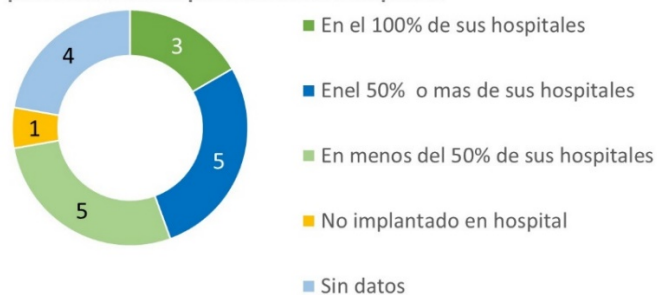
Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 108 hospitales disponen de un documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados, lo que supone el 52,7% de los centros sobre los que se ha aportado información.



Señalar que hay 4 CC.AA. que no han aportado datos para este indicador.

Analizando los datos por CC.AA., en los siguientes gráficos se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales acciones de mejora.

Nº de CC.AA con acciones de mejora en seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedificados-. Hospitales



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por la CC.AA. n=18

Figura 10.

3

CC.AA. señalan haber puesto en marcha acciones de mejora relacionadas con la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedificados en el 100% de sus hospitales y 5 CC.AA. en el 50% o más de sus hospitales. Deben mejorarse los niveles de implantación en 5 CC.AA. que cuentan con niveles inferiores al 50% o no han implantado estas acciones (1 CC.AA.).

Según la información obtenida mediante el “Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales”, la revisión de la adecuación de la medicación se efectúa en un porcentaje muy bajo de centros.

Tabla 3. Resultados obtenidos para varios ítems de evaluación relacionados con la revisión de la adecuación de la medicación en los hospitales que cumplimentaron el cuestionario (n=77)

Ítem de evaluación	Media del porcentaje sobre el valor máximo
<i>Durante el ingreso hospitalario y al alta se revisa la adecuación del tratamiento según guías de práctica clínica de referencia, criterios STOPP-START, etc.</i>	37,7%
<i>En los pacientes ambulatorios se revisa la adecuación del tratamiento según guías de práctica clínica de referencia, criterios STOPP-START, etc.</i>	34,4%

Indicador

Hospitales que realizan actuaciones de conciliación al alta

L202.1.4.

La realización de estas acciones incluye la elaboración de un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta, su entrega al paciente/cuidador y su remisión al siguiente nivel asistencial.

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 166 hospitales realizan actuaciones de conciliación al alta, lo que supone el 52,5% de los centros sobre los que se ha aportado información.



Analizando los datos por CC.AA., en los siguientes gráficos se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de actuaciones de conciliación al alta.

Nº de CC.AA con acciones de conciliación al alta en hospitales



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por la CC.AA. n=18

Figura 11.



4 CC.AA. indican que disponen de acciones de conciliación al alta en el 100% de sus hospitales.

8 CC.AA. han establecido en más del 50% de sus hospitales acciones de conciliación y 4 CC.AA. deben mejorar sus niveles de implantación al encontrarse en niveles inferiores al 35%.

Los datos aportados por las CC.AA. sobre la implantación de un procedimientos para conciliar la medicación al alta son similares a los obtenidos a partir del “Cuestionario de autoevaluación del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” (tabla 4).

Tabla 3. Resultados obtenidos para varios ítems de evaluación relacionados con la continuidad asistencial en los hospitales que cumplimentaron el cuestionario (n=77)

Ítem de evaluación	Porcentaje sobre el valor máximo
<i>Se obtiene una historia farmacoterapéutica completa de todos los pacientes cuando ingresan o acuden a consulta</i>	62,0%
<i>Se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar los medicamentos del paciente al ingreso en el hospital</i>	63,5%
<i>Al alta del hospital, se utiliza un procedimiento estandarizado para conciliar la medicación y se informa a los pacientes sobre los medicamentos que deben tomar después del alta</i>	52,4%
<i>Se encuentra disponible información escrita sobre los medicamentos de la lista MARC para los pacientes que tienen prescritos estos medicamentos al alta hospitalaria</i>	21,1%

Indicador L202.1.5.	Dispensación de benzodicepinas a pacientes \geq 65 años con diagnóstico de insomnio
Indicador L202.1.6.	Dispensación de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con enfermedad cardiovascular
Indicador L202.1.7.	Dispensación de hipolipemiantes en pacientes \geq 75 años sin riesgo de enfermedad cardiovascular
Indicador L202.1.8.	Dispensación de neurolépticos en pacientes \geq65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson
Indicador L202.1.9.	Dispensación de benzodicepinas para el tratamiento de insomnio en pacientes \geq 75años

Esta serie de indicadores se han establecido para monitorizar una serie de prácticas relacionadas con la dispensación de algunos medicamentos que no son recomendadas por su escaso valor o potencial daño para los pacientes (recomendaciones de “No hacer”), especialmente en poblaciones de riesgo.

Los datos para la medición de estos indicadores han sido extraídos de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) a partir de datos muestrales de las historias clínicas recogidas en el primer nivel de atención.

Teniendo en cuenta esta información, se muestra la evolución de los distintos indicadores considerados durante el periodo 2015-2018, según los datos remitidos por las CC.AA. (7 en los años 2015 y 2016, 12 en el año 2017 y 16 en 2018).

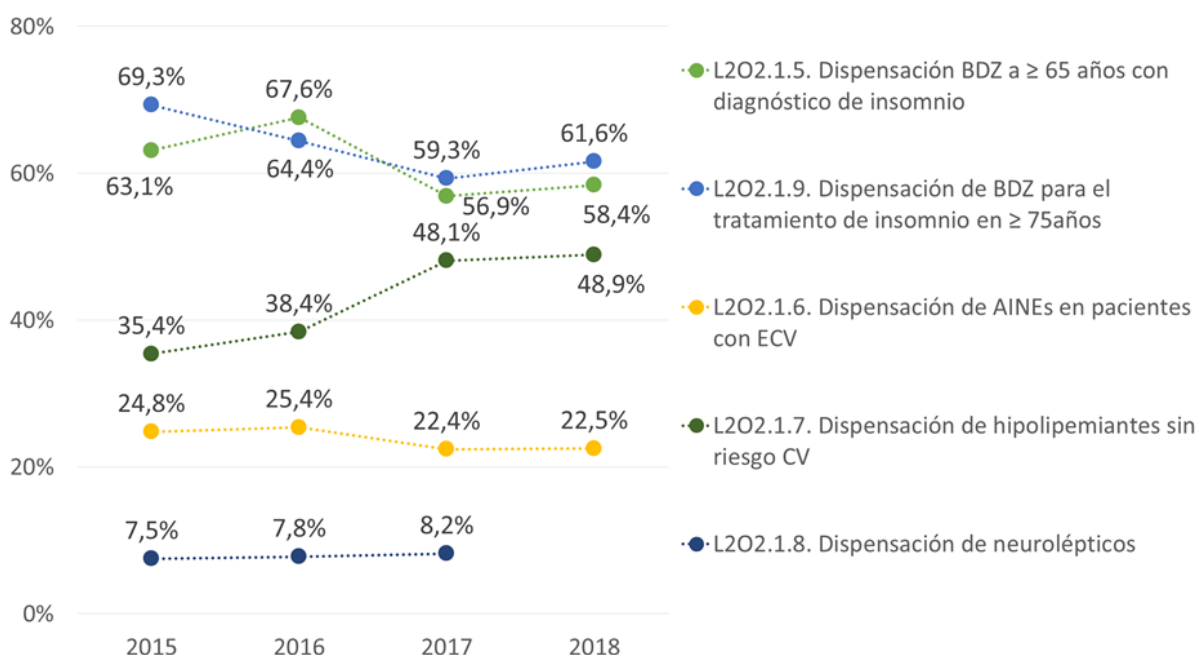


Figura 12. Evolución temporal (2015-2018) según datos del BDCAP de dispensación de medicación no recomendada

En relación con el uso de BDZ en pacientes de ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio, se observa una disminución en el año 2017 del 6,16% respecto al año 2015 con un ligero aumento en el año 2018. Esta misma tendencia se observa en el caso de dispensación de este tipo de fármacos a pacientes de ≥ 75 años con diagnóstico de insomnio, lográndose una disminución de 10 puntos porcentuales respecto a los valores de 2015 y aumento en el año 2018.

La dispensación de AINEs ha evolucionado de forma levemente positiva con una disminución del valor de 2017 de 2,4 puntos porcentuales respecto al valor de 2015 manteniéndose prácticamente igual para el año 2018.

Por el contrario, la dispensación de hipolipemiantes en pacientes sin riesgo CV muestra una tendencia negativa a lo largo del periodo 2015-2017, observándose respecto a los valores de 2015 un incremento de 12,7 puntos porcentuales.

Los datos obtenidos en cuanto a la dispensación de neurolépticos en pacientes de ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson se mantiene con cierta estabilidad desde el año 2015.

Aunque la dispensación de benzodiacepinas en pacientes con diagnóstico de insomnio evoluciona favorablemente en el periodo 2015-17 (en ≥ 65 años con un descenso de 6,2 puntos y en ≥ 75 años, con un descenso de 10 puntos), en el año 2018 se rompe esa tendencia descendente y se observa un ligero repunte, aunque en valores inferiores al año 2015.

La dispensación de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con ECV ha disminuido en el periodo 2015-18, en 2,3 puntos porcentuales, manteniéndose estable la dispensación de neurolépticos en pacientes ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson entre el año 2015-2017.

Se incrementa en 13,5 puntos porcentuales la dispensación de hipolipemiantes en pacientes ≥ 75 años sin ECV desde el año 2015 al 2018.

Para el indicador de dispensación de BZD en pacientes de ≥ 65 con diagnóstico de insomnio, se desglosan adicionalmente los valores anteriores segmentados por sexo:

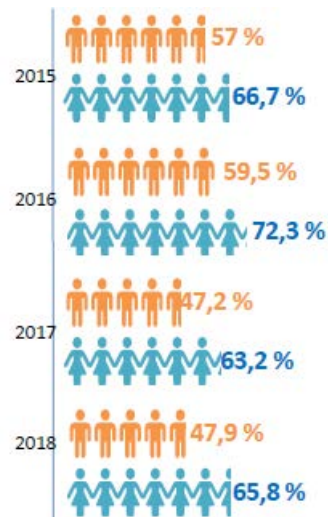


Figura 13. Evolución temporal (2015-2018) del % de dispensación de BDZ a >65 años con diagnóstico de insomnio.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en la BDCAP

La dispensación de BDZ es mayor en las mujeres. En el grupo de mujeres no se aprecia una disminución clara, más bien son porcentajes mantenidos, con un aumento en el año 2016 (72,3%). Los valores encontrados para el grupo hombres ≥ 65 disminuyen respecto al valor de 2015 y 2016.



El nivel de dispensación para el grupo mujeres es superior a la del grupo hombres durante los cuatro años (+9,7, +12,8,+16,+17,9) observándose una menor disminución respecto a los valores de 2015 en el caso de mujeres.

Considerando esta segmentación para pacientes de ≥ 75 años en el periodo 2015-17:

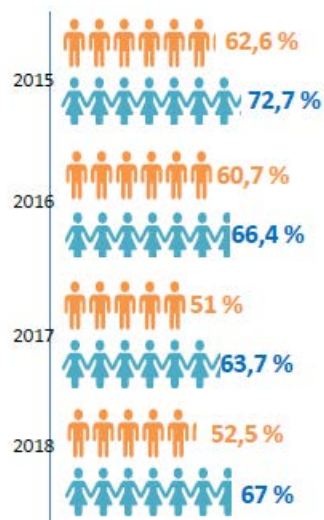


Figura 14. Evolución temporal (2015-2018) del % de dispensación de BDZ a >75 años con diagnóstico de insomnio
Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en la BDCAP

Esta dispensación en las mujeres es mayor que en los hombres. En ambos sexos, se observa un comportamiento parecido, ha descendido el porcentaje con respecto a 2015, pero se ha interrumpido la tendencia descendente y en el año 2018 se alcanzan valores ligeramente más altos que en el año 2017.

Para el indicador de dispensación de AINEs en pacientes con ECV, los valores segmentados por sexo son los siguientes:

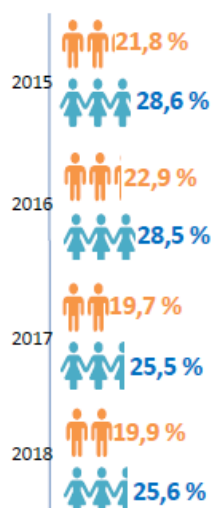


Figura 15. Evolución temporal (2015-2018) del % de dispensación de AINEs en pacientes con ECV
Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en la BDCAP

Respecto a los valores de 2015, se observa que la dispensación en el grupo de mujeres ha disminuido entorno al 3%, encontrándose en 2018 en niveles del 25,6% mientras que en el grupo hombres este valor disminuye entorno al 2%, encontrándose en 2018 en un valor del 19,9%.



El nivel de dispensación para el grupo mujeres es superior a la del grupo de hombres durante los cuatro años (+6,8, +5,6 y +5,8, y +5,7), observándose una ligera mayor disminución respecto a los valores de 2015 en caso de mujeres rente al de los hombre.

Para el indicador de dispensación de hipolipemiantes en pacientes sin ECV, los valores desagregados por sexo son los siguientes:

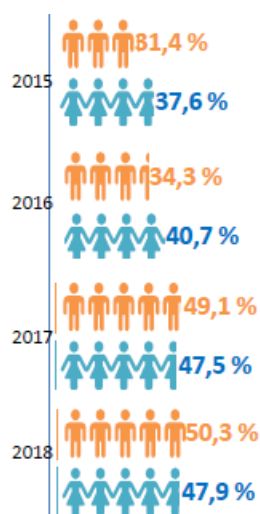


Figura 16. Evolución temporal (2015-2018) del % de dispensación de hipolipemiantes sin riesgo CV
Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en la BDCAP

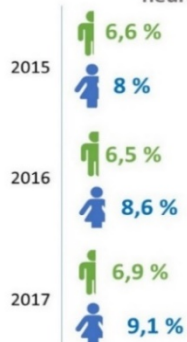
Respecto a los valores de 2015, se observa que la dispensación aumenta en ambos grupos. En el grupo de mujeres ha aumentado en un 10%, encontrándose en 2018 en niveles del 47,9% mientras que en el grupo hombres aumenta en un 19%, encontrándose en 2018 en un valor del 50,3%.



El nivel de dispensación en mujeres es superior al del grupo hombres durante los años 2015 y 2016 (+6,3 y +6,4%) mientras que en 2017 se invierte esta tendencia superando ligeramente la dispensación el grupo hombres al de mujeres. Respecto a los valores de 2015, se observa un mayor incremento en el grupo de hombres (+19) que en el de mujeres (+10).

Para el indicador de dispensación de neurolépticos en ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio o Parkinson, los valores segmentados por sexo son los siguientes:

Evolución temporal (2015-2017) del % de
neurolépticos



Fuente: elaboración propia a partir de los datos disponibles en la BDCAP.
n = 7 (2015 y 2016) y n = 12 (2017)

Figura 17.

La dispensación de neurolépticos en hombres y mujeres se mantiene prácticamente estable a lo largo de los 3 años analizados, aunque en mujeres se observa una ligera tendencia al alza.

Comparativamente, los niveles de dispensación en mujeres se encuentran alrededor de 2 puntos porcentuales por encima de los niveles encontrados en hombres a lo largo de los tres años.

Indicador

Notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos y errores con daño

L202.1.10.

Esta información se ha obtenido del Registro de Notificación de Errores de Medicación del ISMP-España, promovido por el Ministerio de Sanidad, que incluye todo tipo de errores de medicación, tales como errores de prescripción, errores en la interpretación de las órdenes médicas, 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.

A continuación, se muestra la evolución temporal (2015-noviembre de 2019) del número de notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos que, una vez analizadas por el ISMP-España y se registraron en el programa, así como el número de errores con daño. Cabe destacar que no todas las notificaciones se registran por falta de información para realizar el análisis pertinente.

Evolución temporal (2015-2019) del número de errores con daño y de notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del registro del ISMP. Años 2015-2019

Figura 18.

A lo largo de los años 2015 a 2019, se observa una disminución en el número de notificaciones registradas. Así respecto al año 2015 se observa una disminución del 13,5%.

En cuanto al número de errores con daño, excepto en el año 2016, con un repunte del número de errores con daño registrados, se han producido variaciones poco significativas a lo largo del periodo evaluado.

Otra información vinculada con este indicador se aporta en el indicador “L3O3.2.7. Notificaciones relacionadas con medicamentos”, incluido en el objetivo 3 (O3) de la línea estratégica 3 (L3) (“Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes”), si bien la información incluida en este último procede del SiNASP.

Indicador

L2O2.1.11.

Tipo y número de actuaciones desarrolladas por el ISMP-España

El ISMP-España desarrolla una serie de iniciativas, en función de las notificaciones recibidas, encaminadas a la prevención de errores relacionados con el uso del medicamento.

La siguiente figura muestra la evolución temporal en cuanto al número y tipo de actuaciones desarrolladas con esta finalidad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del registro el ISMP. Años 2015-2019

Figura 19.

A lo largo de los años evaluados se han elaborado boletines dirigidos a profesionales e instituciones sanitarias, sobre problemas relevantes por su gravedad, que se identificaron a través de este sistema de registro y del SiNASP, con descripción de algunos incidentes representativos de los mismos. Cabe destacar que algunos de estos incidentes son recurrentes, como los que ocurren en pacientes con alergias conocidas a medicamentos o los causados por una incorrecta identificación de los pacientes, de los que ya se habían publicado boletines con anterioridad.

Los incidentes registrados que estaban relacionados con un etiquetado o envasado proclive a error, y con el nombre de los medicamentos se comunicaron a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, dado que la mejora de los medicamentos como productos es uno de los pilares de actuación contemplado en el tercer reto de la OMS. El número de incidentes referentes a etiquetado/envasado notificados y registrados ha sufrido una tendencia ligeramente decreciente en estos años. A partir de los incidentes que estaban relacionados con un etiquetado o envasado proclive a error y que podían tener una mayor repercusión para los pacientes se han emitido notas de advertencia a los profesionales sanitarios. También se ha realizado una actualización semestral de la base de datos y lista de nombres similares que se prestan a confusión.

- Siguen registrándose errores de medicación que reflejan la necesidad de insistir en la implantación de prácticas seguras prioritarias en seguridad de medicamentos en todos los centros sanitarios.
- En los años evaluados se siguen registrando incidentes relacionados con un etiquetado o envasado de los medicamentos proclive a error, lo que indica la conveniencia de seguir trabajando con la AEMPS para mejorar estos aspectos, siguiendo las directrices de la OMS.

Conclusiones principales

Los indicadores evaluados se refieren a acciones promovidas en el tercer reto de la OMS “Medicación sin daño” que señala como áreas prioritarias, para prevenir errores de medicación, las transiciones asistenciales, la polimedición inapropiada y las situaciones de alto riesgo³.

En el marco de la acción conjunta PaSQ, se desarrollaron varios grupos de trabajo con las CC.AA. para la implantación de acciones de conciliación en la asistencia hospitalaria. En estos últimos años se ha venido trabajando con grupos de expertos y con las CC.AA. en la elaboración de documentos sobre el uso seguro de MAR⁴/MARC⁵, y conciliación de la medicación⁶. A pesar de ello, los datos aportados por las CC.AA. muestran que la implantación de acciones para mejorar el uso seguro de los medicamentos sigue siendo mejorables en el SNS.

- Un total de 795 (42%) CAP y 120 (40%) hospitales de los evaluados cuentan con un protocolo MAR. Sólo 3 CC.AA. los tienen en el 100% de sus hospitales y solo 1 CC.AA. dice tener protocolos MARC en todos sus CAP. Es limitado el grado de implantación de estos protocolos y de otras prácticas prioritarias recomendadas para el uso seguro de los medicamentos.
- Las acciones de mejora en el uso de medicamentos para pacientes crónicos polimedificados, son escasas. Solo 3 CC.AA. manifiestan que las realizan el 100% de sus hospitales.
- Con respecto a la conciliación de la medicación, 166 (52%) de los hospitales evaluados realizan actuaciones de conciliación al alta y solo 4 CC.AA. realizan estas actuaciones en el 100% de sus hospitales.
- La prescripción de BDZ para tratar insomnio, agitación o delirio en pacientes >65 años es la práctica “No hacer” considerada más frecuente y que podría causar más daño al paciente en atención primaria⁷, según un reciente estudio español. La dispensación de BDZ para el insomnio ha disminuido en pacientes >65 años, no obstante, todavía se sitúa en más de un 50%.
- La dispensación de AINE en pacientes con enfermedad cardiovascular muestra una disminución y la dispensación de hipolipemiantes en pacientes >75 años sin patología cardiovascular ha aumentado. Aunque no se dispone de estudios que nos permitan comparar estos resultados, al tratarse de prácticas con potencial riesgo para los pacientes, su prescripción en las condiciones señaladas se sitúa en unos valores que son ampliamente mejorables.

³ The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm. WHO. Available on: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/en/>

⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Diciembre, 2007. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas%20para%20mejorar%20la%20seguridad%20de%20los%20medicamentos%20de%20alto%20riesgo.pdf>

⁵ Ministerio de Sanidad. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid, 2015. Disponible en:

https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_marc_nipo.pdf

⁶ Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Madrid, 2019. Disponible en:

<https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2019/12/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>

⁸ Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP): <https://gneaupp.info/4o-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espana/>

- El análisis de los incidentes sobre medicamentos registrados en el SiNASP y en el sistema del ISMP-España muestran que siguen ocurriendo de forma reiterada algunos errores que se evitarían con la implantación de prácticas de seguridad en el uso de medicamentos, incluyendo la provisión de una información adecuada a los pacientes.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Trabajar con las CC.AA. para desarrollar anualmente proyectos concretos y evaluables para mejorar el uso seguro de grupos terapéuticos o medicamentos de alto riesgo específicos, dirigidos particularmente a pacientes y ámbitos de riesgo (crónicos polimedcados, críticos, pediátricos, etc.).
 - Trabajar con las CC.AA. para que se implementen programas multidisciplinares para conciliar la medicación en las transiciones asistenciales (especialmente al alta hospitalaria y en urgencias).
 - Desarrollar y consensuar con las CC.AA. recomendaciones para promover la conciliación de la medicación en atención primaria.
 - Mejorar la visibilidad de las acciones en uso seguro del medicamento en la página Web de Seguridad del Paciente del MS.
 - Realizar Jornadas para compartir practicas seguras en el uso de medicamentos.
 - Evaluar periódicamente los resultados de las acciones que sobre el uso seguro de medicamentos se hayan acordado con las CC.AA.
 - Desarrollar materiales informativos y herramientas dirigidas a pacientes y profesionales para difundir y aplicar los “5 Momentos para la seguridad de los medicamentos”, con objeto de motivar a los pacientes y cuidadores a tomar parte activa en los tratamientos.
 - Mejorar la información a profesionales y pacientes sobre los riesgos de las prácticas de prescripción de escaso valor, promoviendo su difusión en diferentes foros científicos.
 - Promover la notificación de los incidentes por medicamentos a través de los sistemas existentes.
 - Difundir periódicamente información con medidas de mejora concretas sobre aquellos problemas identificados a través de los sistemas de notificación que sean susceptibles de actuación, por la frecuencia o gravedad de los incidentes registrados.
- **Para las CC.AA.**
 - Difundir en los centros sanitarios los proyectos, recomendaciones y materiales sobre uso seguro de los medicamentos.
 - Identificar un grupo coordinador a nivel de la CC.AA. que lidere la aplicación y evaluación de los proyectos y actuaciones concretos para mejorar el uso seguro de los medicamentos.
 - Implementar los proyectos desarrollados por el MS con las CC.AA. para mejorar la seguridad de grupos terapéuticos o medicamento de alto riesgo específicos, en los centros hospitalarios y en atención primaria.
 - Potenciar la implementación de programas para conciliar la medicación, especialmente en pacientes crónicos polimedcados, tanto al alta hospitalaria, como en atención primaria.

- Consolidar la incorporación de herramientas de tecnología de la información de ayuda a la prescripción y de herramientas para facilitar la realización de la conciliación.
 - Realizar reuniones periódicas con los líderes/responsables locales para revisar la implantación de los proyectos y la consecución de los objetivos propuestos.
 - Realizar informes periódicos (al menos una vez al año) sobre los resultados de evaluación y medidas de mejora de la evaluación de proyectos/acciones concretas para mejorar el uso seguro de los medicamentos.
 - Realizar Jornadas para compartir prácticas seguras en el uso de medicamentos.
 - Promover/realizar acciones formativas para mejorar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre prácticas seguras con los medicamentos y pacientes de alto riesgo, conciliación de la medicación y educación a los pacientes.
 - Promover el desarrollo de actuaciones dirigidas a implicar activamente a los pacientes y cuidadores en la utilización segura de los medicamentos.
 - Mejorar la notificación y gestión de incidentes en general y de incidentes por medicamentos en particular.
 - Mejorar la transferencia de datos al registro BDCAP para hacer que este sistema sea más robusto.
 - Promover la inclusión de las recomendaciones “No hacer” en los acuerdos de gestión con los centros sanitarios.
 - Evaluar periódicamente las recomendaciones “No hacer” sobre prescripción de medicamentos y evaluar su implantación en los centros sanitarios.
 - Analizar periódicamente los incidentes registrados, con objeto de establecer medidas para evitar su recurrencia.
 - Promover la autoevaluación/análisis de los riesgos de procesos de utilización de los medicamentos en los centros sanitarios y la toma de medidas de mejora.
- **Para los centros sanitarios**
- Identificar líderes a nivel de centro sanitario que favorezcan la implantación de proyectos/acciones concretas para mejorar el uso seguro de los medicamentos.
 - Difundir entre los profesionales sanitarios del centro las recomendaciones y prácticas sobre el uso seguro de los medicamentos.
 - Implementar en el centro los proyectos y acciones que se prioricen a nivel autonómico para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
 - Trabajar en el centro para implementar programas multidisciplinares de conciliación de la medicación, organizando los recursos necesarios.
 - Evaluar periódicamente los proyectos y actuaciones desarrolladas, con objeto de subsanar los posibles problemas que puedan surgir. Realizar actividades formativas para los profesionales sanitarios del centro sobre prácticas seguras con la medicación, centradas en la consolidación de los proyectos y actuaciones que se acometan.
 - Facilitar la provisión de información sobre medicamentos a pacientes y cuidadores y fomentar una cultura de seguridad que motive a los pacientes para que tomen parte activa en su tratamiento y resuelvan sus dudas.
 - Analizar los incidentes por medicamentos, estableciendo acciones de mejora para los problemas más frecuentemente identificados.

L2. Objetivo 2 (02): Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas con la asistencia sanitaria (IAAS)

La prevención y control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) se fundamenta en la disponibilidad de sistemas de vigilancia robustos, el análisis adecuado de los datos, la aplicación de prácticas seguras de evidencia demostrada y evaluación de las mismas.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de:

- Indicadores sobre la implantación del programa de Higiene de manos (HM), (información procedente de las CC.AA. de 2018 y datos disponibles de la evolución temporal 2009-2018).
- Indicadores sobre la implantación del programa de Seguridad de Pacientes Críticos y sus correspondientes proyectos (datos disponibles en los registros de los proyectos con evolución temporal según su fecha de implantación).

PROGRAMA HIGIENE DE MANOS

La HM se considera la principal medida necesaria para reducir las IAAS y la transmisión de microorganismos multirresistentes. Aunque se trata de una acción sencilla, el escaso cumplimiento de una adecuada HM entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial.

La estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la HM recomienda el seguimiento y la evaluación de una serie de indicadores entre los que se incluyen:

- El cumplimiento de la higiene de manos mediante la observación directa,
- Las infraestructuras para higiene de manos de las salas.
- El consumo de preparados de base alcohólica (PBA).

Los indicadores aquí evaluados son los acordados con las CC.AA.

Indicador

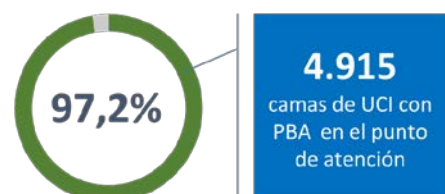
Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

L202.2.1.

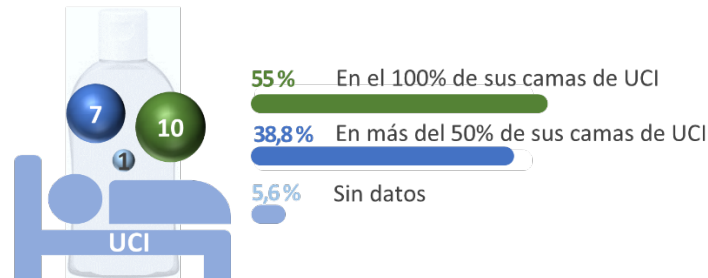
Los resultados de este indicador se presentan teniendo en cuenta la información reportada por las CC.AA. para el año 2019 y la evolución temporal desde el inicio de la implantación de este programa.

Así, los datos aportados por las CC.AA. indican que 4.915 camas UCI disponen de PBA en el punto de atención lo que supone el 97,2% de las camas sobre las que se ha aportado información.

Analizando los datos por CC.AA., la siguiente figura agrupa y presenta aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de camas UCI con PBA en el punto de atención.



Nº (%) de CC.AA con camas de UCI con PBA en el punto de atención



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2019 remitidos por las CC.AA n = 18

Figura 20.

10

CC.AA. señalaron disponer de PBA en el punto de atención en todas las camas de sus UCI.

En cuanto al resto, 7 CC.AA. disponen de esta medida en más del 50% de las camas de sus UCI; De entre ellas, 4 CC.AA. se encuentran en niveles de más del 90% de implantación en sus UCI.

Considerando los datos globales del Programa de Higiene de manos desde su puesta en marcha el año 2009, la evolución temporal hasta el año 2019 es la siguiente:

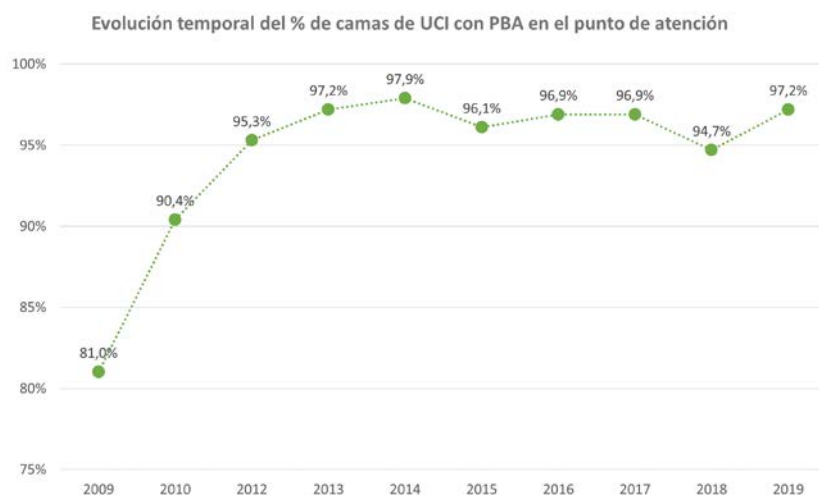


Figura 21.

10

Desde el año 2009 hasta el 2014 se observa una evolución positiva en el % de camas de UCI con PBA en el punto de atención, lográndose en el año 2014 un incremento de 16,9 puntos porcentuales desde el lanzamiento del programa.

Sin embargo, a partir del año 2015 se invierte esta tendencia, manteniéndose en niveles similares durante los años 2016 y 2017, registrando una nueva bajada en el año 2018 hasta el 94,7%. En el año 2019 observamos de nuevo un ascenso alcanzando la segunda mejor cifra de la serie histórica.

Indicador

L202.2.2.

Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención

Al igual que en el caso anterior, se presentan los resultados de este indicador a partir de la información reportada por las CC.AA. en 2019 y la evolución temporal desde el inicio de la implantación de este programa.

De acuerdo con el manual técnico de referencia de la OMS, punto de atención es el lugar donde confluyen tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y la asistencia o el tratamiento que entraña contacto con el paciente o su entorno (en la zona del paciente). Es necesario tener en cuenta que esta definición puede dar lugar a imprecisiones en la medición del indicador.

Los datos aportados por las CC.AA. indican que 75.007 camas de hospitalización disponen de PBA en el punto de atención lo que supone un 84,3% de las camas sobre las que se ha aportado información.



Considerando estos datos por CC.AA., la siguiente figura agrupa y presenta aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención.

Nº (%) de CC.AA. con camas de hospitalización con PBA en el punto de atención y su nivel de implantación en hospitales



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2019 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 22.

Aunque solamente una CC.AA. dispone de esta medida completamente implantada en todos sus hospitales, el número de CC.AA. que disponen de la misma en más del 70% de sus hospitales aumenta significativamente hasta las 12 CC.AA., encontrándose únicamente 4 CC.AA. con un nivel de implantación inferior al 70%.

La evolución temporal (2016-2019) de los datos del Programa de HM respecto a la implantación de esta medida se muestra a continuación:

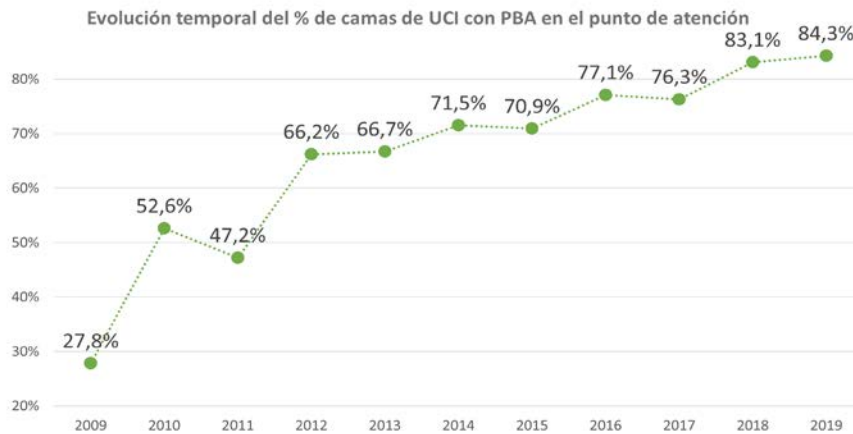


Figura 23.

A lo largo de los años de implantación del programa, se observa un aumento paulatino del % de camas de hospitalización que disponen de PBA en el punto de atención hasta alcanzar un valor de 84,3% durante el año 2019.

Este valor supone un incremento de 56,5 puntos porcentuales desde el inicio del programa.

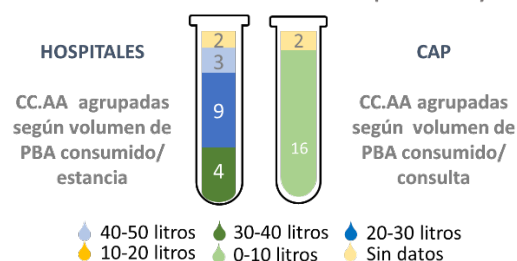
Indicador

Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización y en CAP

L202.2.3. y 4.

A continuación, se muestran los resultados de estos indicadores conforme a los datos enviados por las CC.AA. para el 2019 y su evolución temporal desde el comienzo de su medición. Se muestran los datos de hospitales en litros por cada 1000 días de estancia, y los datos de CAP en litros por cada 10.000 consultas:

Nº de CC.AA con consumo de PBA en hospitalización y en CAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2019 remitidos por las CC.AA n = 18

Figura 24.

Los consumos de PBA en hospitales se sitúan en 4 CC.AA. en el rango de 30-40 litros mientras que en otras 9 CC.AA. se sitúan en el rango de 20-30 litros.

En el caso de los CAP, todas las CC.AA. que han aportado datos (14) presentan un consumo inferior a 10 litros.

El consumo de PBA expresado en litros entregados por total de estancias (hospital) o total de consultas (CAP) es mayor en los hospitales, donde se realizan intervenciones asistenciales de mayor complejidad.

La evolución temporal de este indicador se muestra a continuación. A pesar de que el año de implantación del Programa de Higiene de Manos data de 2009, en el caso de los CAP, los consumos de PBA comenzaron a medirse en el año 2016.

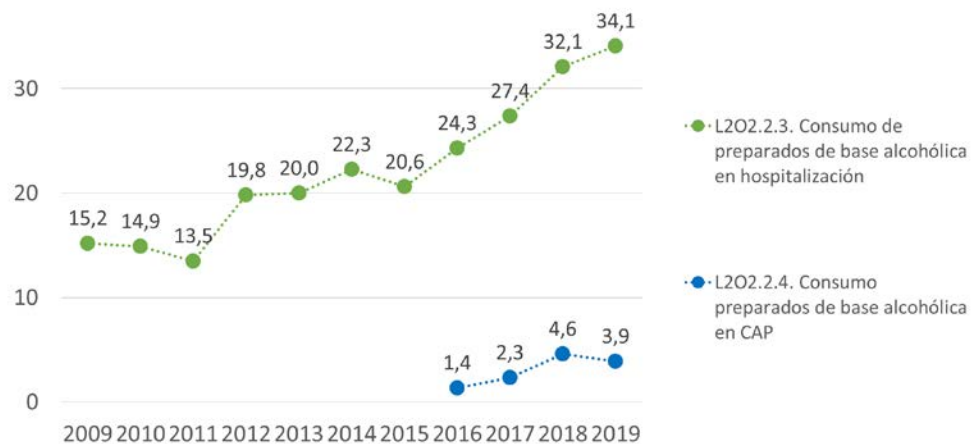


Figura 25.

La evolución del consumo de PBA en hospitales muestra una tendencia positiva a lo largo de los años de implantación del programa alcanzando un valor del 34,1 litros en 2019. Esto supone un incremento de 18,9 litros desde el año 2009.

En el caso de CAP, aunque de implantación más reciente (2016), también se observa esta tendencia alcanzándose en 2018 un valor de 4,6 litros (3,2 litros más que en el año 2016), que ha descendido ligeramente a 3,9 en el año 2019.

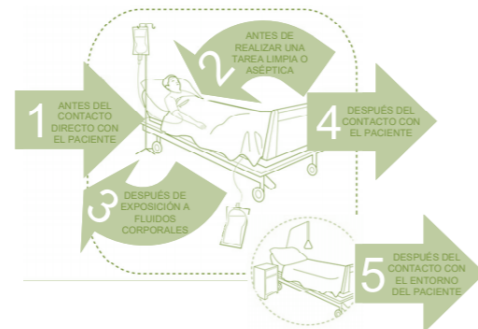
Indicador

Observación del cumplimiento de la higiene de manos

L202.2.5.

Con el fin de evaluar la adhesión de los profesionales sanitarios a la higiene de las manos, la OMS propone, además de métodos como la autoevaluación o el consumo de PBA, observar el cumplimiento de “Los 5 momentos para la higiene de manos”.

De acuerdo con la metodología de observación de la OMS, se debe realizar la observación, al menos, de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

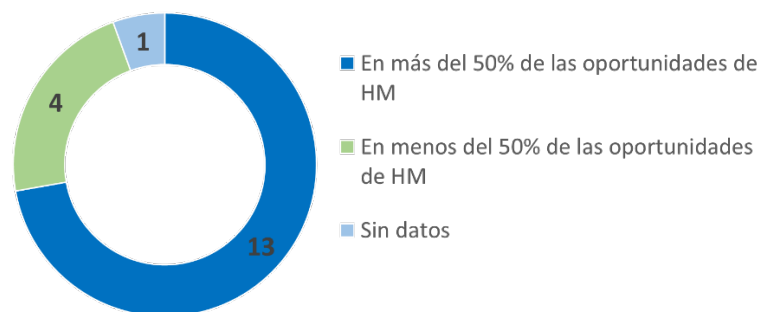


Durante el año 2019 los datos aportados por las CC.AA. indican que se han llevado a cabo 95040 acciones de HM respecto a las 157659 oportunidades de HM observadas, lo que supone un 60,3% de observación del cumplimiento de la HM.



Analizando los datos por CC.AA., en los siguientes gráficos se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de observación del cumplimiento de HM.

Nº de CC.AA con observación del cumplimiento de la higiene de manos



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2019 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 26.



El nivel de implantación es moderado, ya que de las 13 CC.AA. que confirman su cumplimiento más del 50% de las oportunidades, todas ellas se encuentran en valores entre el 50 y el 64,6%. Ver anexo 3.

Además, 4 CC.AA. refieren cumplir la medida en menos del 50% de las oportunidades observadas y 1 CA no aporta datos.

La evolución temporal (2016-2019) de los datos del Programa de HM respecto a la implantación de esta medida ha registrado pequeñas variaciones porcentuales registrándose una valor del 59,5% en 2016, un 57,1% en 2017, un 59,7% en 2018 y un 60,3% en 2019.



La observación del cumplimiento del higiene de manos ha sufrido ligeras variaciones a lo largo de los años 2016-2019.

NOTA: conviene considerar la heterogeneidad de los datos para el cálculo de este indicador, que incluye a todos los centros sanitarios (hospitales y CAP). También es necesario tener en cuenta la variabilidad en la formación de los observadores.

Indicador

Observación del uso de PBA

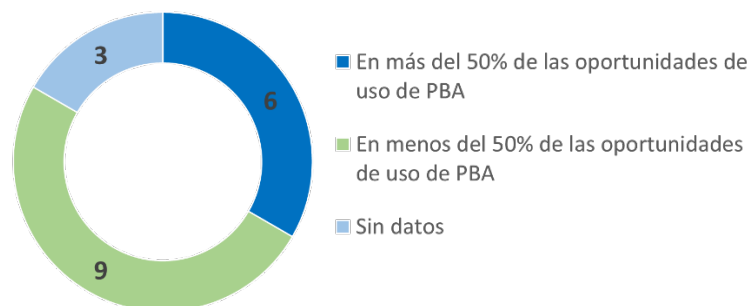
L202.2.6

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que se han llevado a cabo 74.083 acciones de HM con PBA respecto a las 142.955 oportunidades de HM observadas, lo que supone un 51,8% de observación del cumplimiento de la HM.



Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de observación del uso de PBA.

Nº de CC.AA con observación del uso de PBA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2019 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 27.



Solamente 3 CC.AA. refieren haber observado esta medida en más del 50% de las oportunidades. Además, 10 CC.AA. refieren haber implantado esta medida en menos del 50% de las oportunidades observadas y 1 CC.AA. señalan no haberla implantado.

La evolución temporal (2016-2019) de los datos del Programa de HM respecto a la implantación de esta medida ha registrado unos valores del 42,2% en 2016, del 46,3% en el 2017, del 51,8% en el 2018 y 51,7% en 2019.



La observación del uso de PBA se estabiliza en 2019 con cifras similares a las del año 2018, en el que aumentó situándose más de 5 puntos porcentuales con respecto al año precedente (2017).

Conclusiones principales

- La disponibilidad del PBA en el punto de atención en las UCI, alcanza el 97% a nivel del SNS. Sin embargo, solo el 55% de las CC.AA. señala esta disponibilidad en el 100% de sus UCI.
- Más del 80% de hospitales de 17 CC.AA. dicen disponer de PBA en el punto de atención en el área de hospitalización.
- Los datos de consumo en atención primaria son excesivamente bajos, lo que hace sospechar sesgos en el registro de datos.
- La adherencia global a la higiene de manos alcanza el 60% y la adherencia al uso del PBA el 52% de las oportunidades observadas.
- La observación a la adherencia a la HM requiere formación y recursos específicos que dependen de la cultura de seguridad y liderazgo de los gestores sanitarios, pudiendo ser factores especialmente influyentes de la gran variabilidad observada entre CC.AA.
- Los datos de la tendencia de los indicadores evaluados muestran, que a pesar del amplio margen de mejora existente, el Programa de Higiene de manos se afianza en el SNS. La mejora se refleja especialmente en los indicadores de estructura.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Mantener reuniones periódicas con el grupo coordinador nacional del Programa de Higiene de manos del SNS para difundir los resultados, conocer los problemas en su implantación e identificar posibles soluciones.
 - Revisar con el grupo coordinador los indicadores evaluados para reforzar la uniformidad en el registro y fuentes de los mismos.
 - Analizar con el grupo coordinador nacional la variabilidad existente entre CC.AA.
 - Reforzar la HM en todos los programas de seguridad del paciente orientados a la prevención y control de las IAAS.
 - Realizar Jornadas específicas para compartir y reconocer prácticas para la mejora de la HM.
 - Mejorar la coordinación con otras instituciones para reforzar los mensajes de la campaña anual de la HM.
 - Mantener e impulsar la colaboración con la Organización Mundial de la Salud en el reto “Atención limpia es atención segura” y especialmente en las acciones relacionadas con la mejora de la adherencia a la higiene de las manos.
- **Para las CC.AA.**
 - Coordinar el seguimiento de la estrategia de HM a nivel regional.
 - Identificar responsables de HM a nivel regional y local que dinamicen y refuercen el programa a nivel de CC.AA.
 - Asegurar la disponibilidad de PBA en el punto de atención en los centros sanitarios, y especialmente a las UCI.
 - Realizar reuniones periódicas con los responsables de HM de los centros sanitarios para conocer la evolución del programa e identificar oportunidades de mejora.
 - Formar equipos evaluadores de la adherencia a la HM en la CC.AA.

- Reconocer a los centros sanitarios que cumplen con el Programa.
 - Comprometer de forma explícita a los gestores de los centros sanitarios con el programa de HM.
 - Realización de jornada de divulgación autonómica de la estrategia y sus resultados.
- **Para los centros sanitarios**
 - La persona que ejerza la gestión del centro sanitario se comprometerá a que su centro cumpla las recomendaciones del Programa de HM participando en todos los servicios sanitarios (disponibilidad y accesibilidad de los PBA, formación a los profesionales y monitorización del cumplimiento).
 - Los directivos y mandos intermedios de los centros sanitarios (especialmente la dirección y supervisión de enfermería) deberán asegurarse el adecuado cumplimiento del programa.
 - Registrar adecuadamente los datos de los indicadores del programa.
 - Realizar auditorías de cumplimiento de HM en los centros sanitarios.

PROGRAMA DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

Los pacientes ingresados en UCI están sometidos a un mayor riesgo de sufrir algún evento adverso (EA) dada la complejidad de la asistencia que reciben. La implantación de paquetes de medidas basadas en la evidencia (bundle) se encaminan a la prevención de EA.

Desde el MSCBS se ha promovido el Programa de Seguridad en los pacientes críticos, que incluye una serie de proyectos enfocados a implantar prácticas clínicas seguras en UCI. Estos proyectos son:

- Proyecto Bacteriemia Zero.
- Proyecto Neumonía Zero.
- Proyecto Infección del Tracto Urinario (ITU) Zero.
- Proyecto Resistencia Zero.

Proyecto Bacteriemia Zero

Este proyecto se inició en el año 2009 con un estudio piloto previo en 2008 y tiene como objetivo principal reducir a **≤ 3 episodios por 1.000 días de catéter vascular central (CVC)** la incidencia de bacteriemias primarias (BP) en las UCI del SNS, a través de la implantación de una serie de medidas de práctica clínica. Según los últimos datos recogidos están participando 204 UCIs. Para evaluar su avance se emplean, entre otros, los siguientes indicadores:

Indicador	Incidencia de bacteriemia primaria (BP)
L202.2.7.	
Indicador	Incidencia de bacteriemia relacionada con catéter (BRC)
L202.2.8.	

Durante el año 2019 participan 204 UCI de 17 CC.AA., los pacientes han permanecido ingresados en UCI durante 975.014 días de los cuales en 725.671 días fueron portadores de uno o más CVC, siendo

la tasa de utilización de CVC del 74,4% de días (Ratio de uso 0,74). Se han identificado 1.676 episodios de BP de los que 874 episodios eran bacteriemias relacionadas con catéter (BRC). Los datos muestran que las tasas, tanto de BP como de BRC se mantienen en el tiempo con una ligera reducción en el año 2019 (La DI de 2,31 BP/1000 días de CVC y 1,2 BRC/1000 días de CVC en el periodo enero 2018-junio 2019) con una gran variabilidad entre CC.AA. y UCI (rango: DI 1,56 a 4,09 BP/1000 días de CVC y 0,58-1,92 BRC/1000 días CVC).

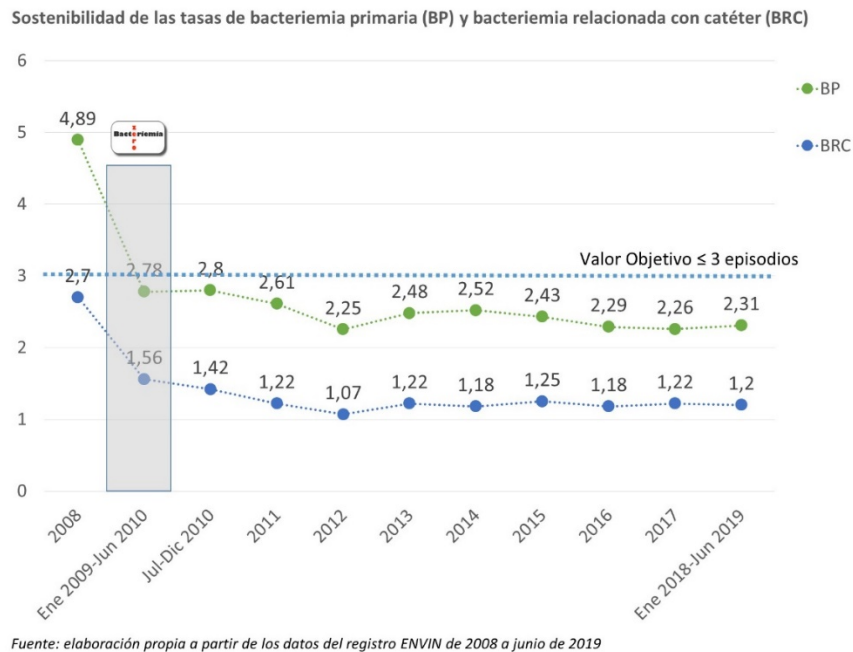


Figura 28.

Bacteriemia Primaria = Bacteriemia relacionada con catéter (BRC) + Bacteriemias de Origen Desconocido (BOD)

Respecto a los valores de BP, el valor obtenido en 2019 presenta una disminución de un 52,7% respecto al valor de 2008 y de un 16,9% del valor de BZ en 2009, año de inicio del proyecto BZ.

En cuanto a los valores de BRC obtenidos en 2019, se observa una disminución del 55% respecto al valor de 2008 y de un 23,7% respecto al valor BZ en 2009, año de inicio del proyecto BZ.

Adicionalmente, se muestra la evolución de la DI en las diferentes CC.AA. en diferentes periodos entre enero 2009 - junio 2019:

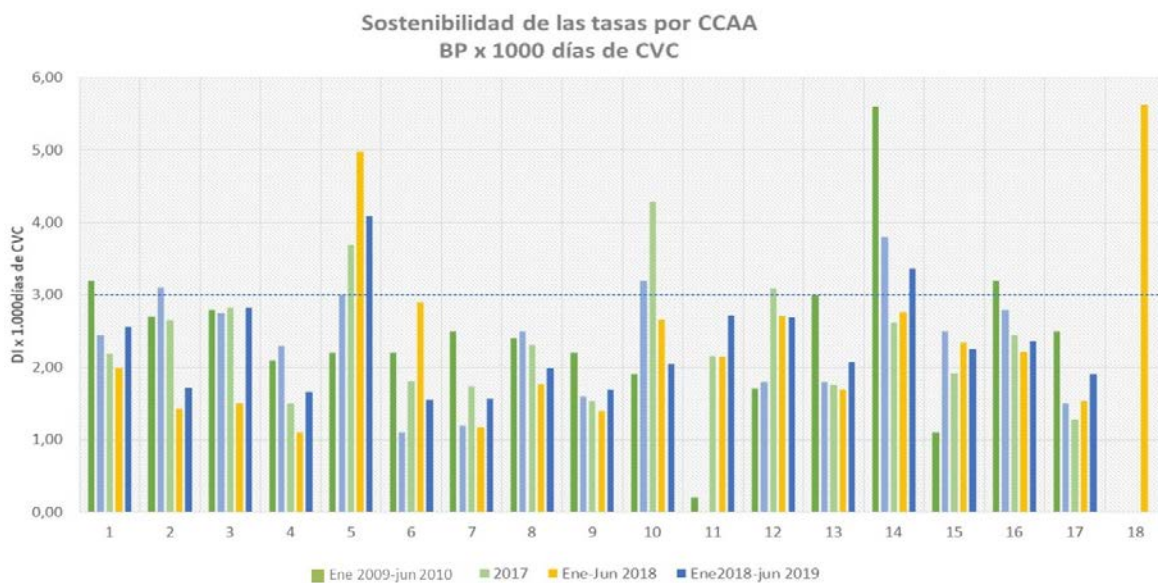


Figura 29.

El descenso observado a nivel del SNS respecto a las BP, no es homogéneo en todas las Comunidades. Hay 6 CC.AA. donde los últimos datos analizados (enero 2018-junio 2019) son iguales o incluso mayores que en el periodo 2009-2010.

En cuanto a DI en los distintos tipos de unidad, se han obtenido los siguientes valores para el periodo enero 2018-junio 2019, sobre un total de 204 UCI (3 médicas, 7 quirúrgicas, 3 coronarias, 7 traumatológicas, 164 polivalentes, 6 post-operados de cirugía cardíaca, 5 de quemados y 9 de reanimación).

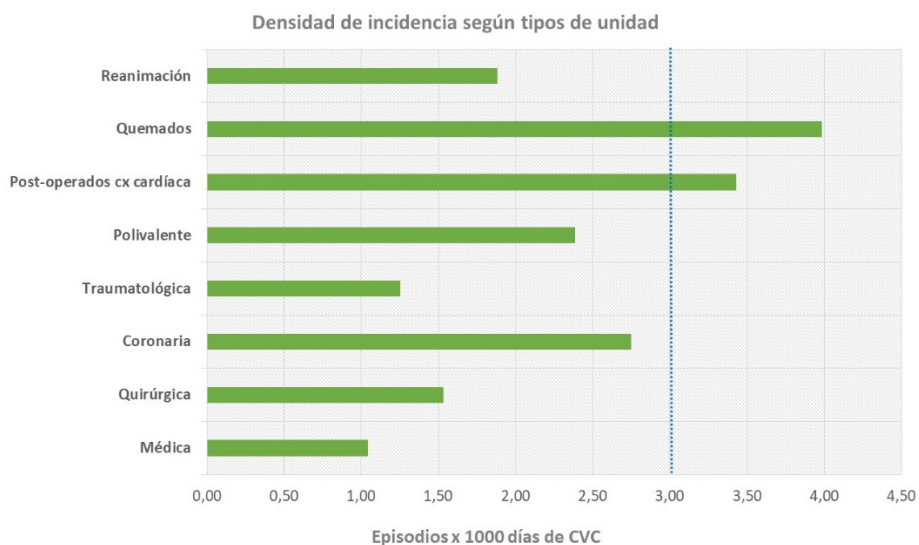


Figura 30.

Las unidades de quemados y las de post-operados en cirugía cardíaca presentan mayores valores de DI, superando el valor objetivo de BZ, mientras que las áreas médica y traumatológica presentan los menores valores de DI.

Proyecto Neumonía Zero

El proyecto Neumonía Zero comenzó en el año 2011 y su objetivo principal es reducir a ≤ 7 episodios por 1000 días de Ventilación Mecánica (VM) la densidad de incidencia de la neumonía relacionada con ventilación mecánica (NAVM) en las UCIs del SNS a través de la implantación de un paquete de recomendaciones. Para valorar su avance, se emplean, entre otros, el siguiente indicador.

Indicador

Incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)

L202.2.9.

Durante el periodo analizado (enero 2018-junio 2019) han participado en el proyecto NZ 198 UCI de 17 CC.AA. (un 30% menos que el periodo previo). Los pacientes han permanecido ingresados en UCI durante 975.014 días de los cuales en 449.301 días utilizaron ventilación mecánica invasiva (VM) siendo la tasa de utilización de VM del 46,1% (Ratio de uso 0,46). Se han identificado 2.091 episodios de NAVM (4,65/1000 días de VM) (Figura 30). Las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica siguen disminuyendo con una gran variabilidad entre UCI y CC.AA. (rango: DI 3,00 a 9,09).

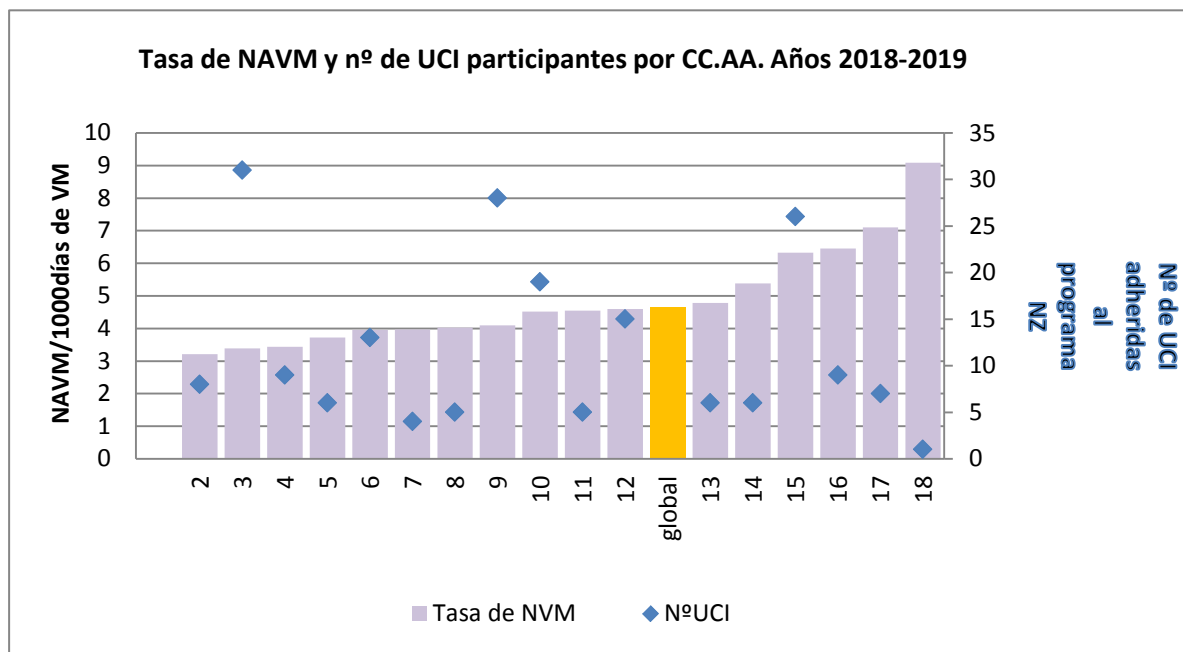


Figura 31. Incidencia de NAVM por CC.AA. en el periodo enero 2018-junio 2019

En cuanto a la tendencia temporal, las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica siguen disminuyendo, así en el periodo de enero de 2018 a junio de 2019 la DI fue de 4,65 NAVM/1000 días de VM, la tasa más baja junto con la del año 2015 – Figura 32.

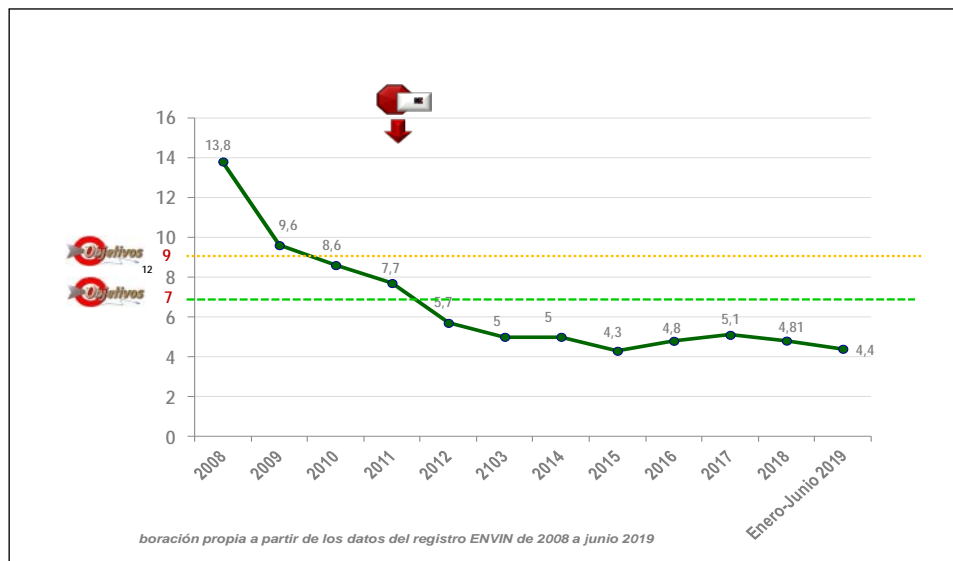


Figura 32. Evolución de las tasas de NVM. Periodo enero 2008- junio de 2019

Considerando la DI en UCI no NZ y las UCI NZ, las tasas obtenidas para el año 2018-19 son las siguientes:

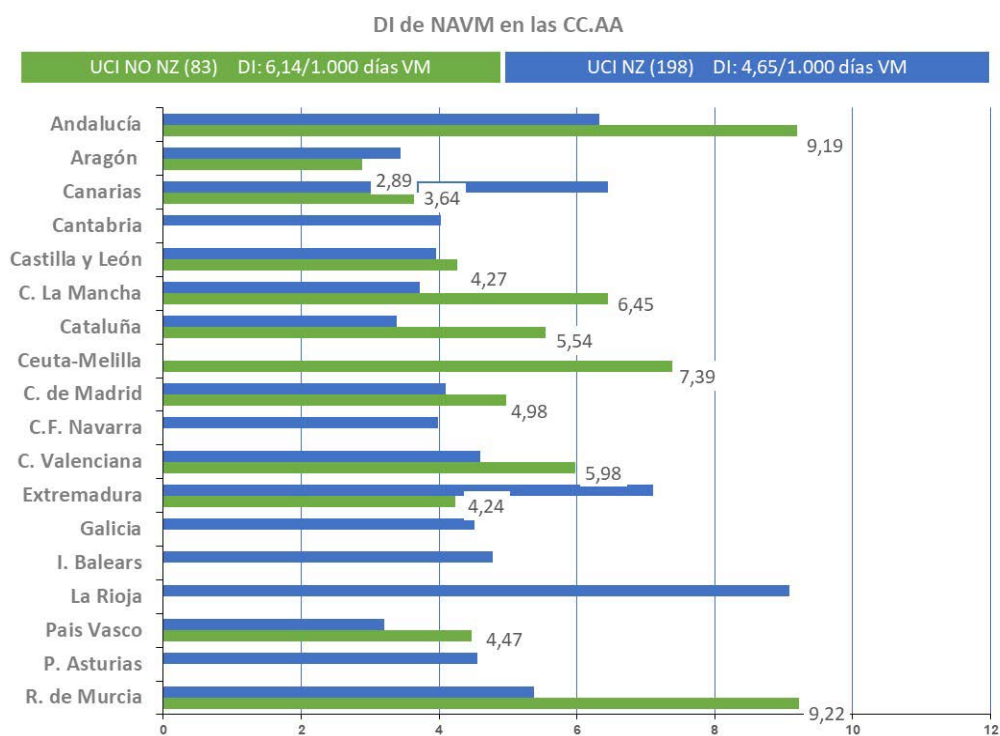


Figura 33. DI de las UCI que participan y no participan en el proyecto NZ

Aunque en el periodo estudiado la mayoría de las Comunidades están en objetivo, cuando se comparan los resultados entre las UCI incluidas en el proyecto y las que NO lo están, se observa que las UCI que participan en el proyecto NZ tienen una DI menor que aquellas que no participan.

Considerar en la interpretación de resultados que en 2 CC.AA.. todas sus UCIs son NZ mientras que 3 CC.AA.. tienen UCI no incluidas en NZ.

Proyecto ITU Zero

El proyecto ITU Zero, implantado desde abril de 2018, tiene como objetivo prevenir la infección urinaria relacionada con la sonda uretral (ITU-SU) en pacientes críticos ingresados en las UCI a $\leq 2,7$ episodios por 1000 días de Sonda Uretral (SU), así como disminuir el consumo de antibióticos para el tratamiento de estas infecciones y reducir los antimicrobianos utilizados.

Indicador

Incidencia de Infección del tracto urinario por sonda uretral (ITU-SU)

L202.2.10.

Un total de 207 UCI de 17 CC.AA. estaban adheridas al proyecto en el periodo abril 2018 - septiembre 2019. Se incluyeron 184.597 pacientes que permanecieron en UCI durante 962.146 días con 808.109 días de sonda uretral y una ratio de 0,84 de utilización de SU. Al final del periodo analizado se observa una reducción de la tasa infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU), con 1,81 episodios de ITU-SU/1.000 días de SU (Figura 33). Igual que en los otros proyectos, las tasas presentan una gran variabilidad entre CC.AA. (rango: DI 1,15-4,33/1.000 días de sonda uretral).

Aunque el programa se inició en abril de 2018, se dispone de información desde 2017 a septiembre 2019, por lo que la evolución temporal se muestra para todo el periodo disponible.

Evolución temporal de la ITU-SU (periodo 2017-sep 2019)

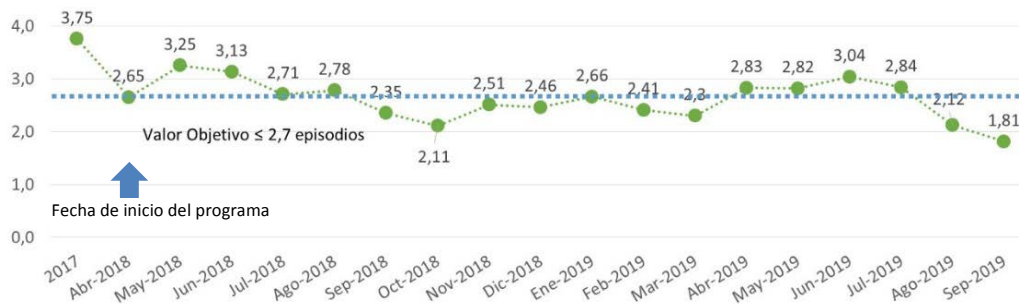
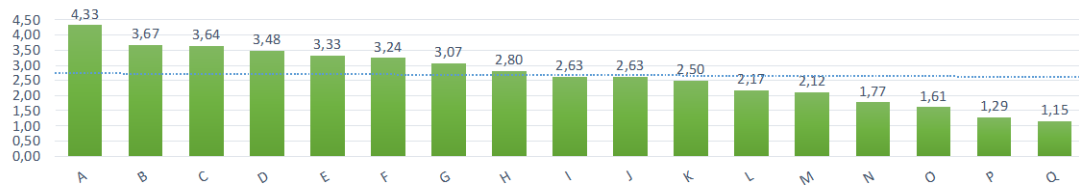


Figura 34.

Los resultados no permiten extraer información concluyente aunque parece observarse una tendencia descendente desde julio de 2019.

Respecto a tasas de las diferentes CC.AA. para el periodo abril 2018 a septiembre 2019:

Densidad de incidencia de la infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) por 1.000 días de dispositivo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del registro ENVIN de abril de 2018 a septiembre de 2019. n=17

Figura 35.

La densidad de incidencia de la ITU-SU se mantiene en niveles superiores al objetivo en prácticamente la mitad de las CC.AA. (8 CC.AA.).
9 CC.AA. sí han alcanzado el objetivo establecido en el proyecto para el periodo analizado.

Respecto al valor del objetivo, se observa lo siguiente:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del registro ENVIN de abril de 2018 a septiembre de 2019. n = 17

Figura 36.

Indicador

L202.2.11.

Porcentaje de pacientes con ITU-SU respecto al total de pacientes

Aunque el programa se inició en abril de 2018, se dispone de registros desde 2017 a septiembre 2019, por lo que la evolución temporal se muestra para todo el periodo.

Evolución temporal del % de pacientes con ITU-SU/1.000 días SU (periodo 2017-sep 2019)

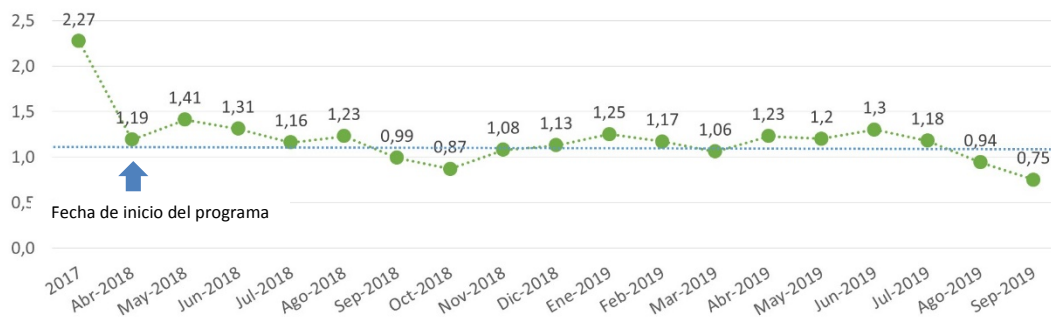


Figura 37.

Los resultados oscila entre 2,27% de 2017 y el 0,75% de septiembre de 2019, lo que supone una disminución del 1, 52%.

Desde el inicio del programa se han observado ligeras variaciones en los %,de pacientes con ITU-SU y una cierta tendencia a su descenso desde julio de 2019.

Los resultados de este indicador en cada una de las CC.AA. para el periodo abril 2018- septiembre 2019 son:

Porcentaje de pacientes con ITU-SU respecto al total de pacientes.



Figura 38. Fuente: elaboración propia a partir de los datos del registro ENVIN de abril de 2018 a septiembre de 2019



CC.AA. han reportado un porcentaje de pacientes con ITU-SU por cada 100 pacientes ingresados inferior a 1,15.

Indicador

Ratio de utilización de sonda uretral

L202.2.12.

El número de días de utilización de SU es directamente proporcional al riesgo de que el paciente contraiga una ITU-SU. Se ha establecido como estándar una ratio de utilización de sonda uretral $\leq 0,7$ días por total de estancias, presentándose los resultados de acuerdo con este criterio.

Aunque el programa se inició en abril de 2018, se dispone de registros desde 2017 a septiembre 2019, por lo que la evolución temporal se muestra para todo el periodo.

Evolucion temporal del ratio de utilización de la sonda uretral (periodo 2017-sep 2019)

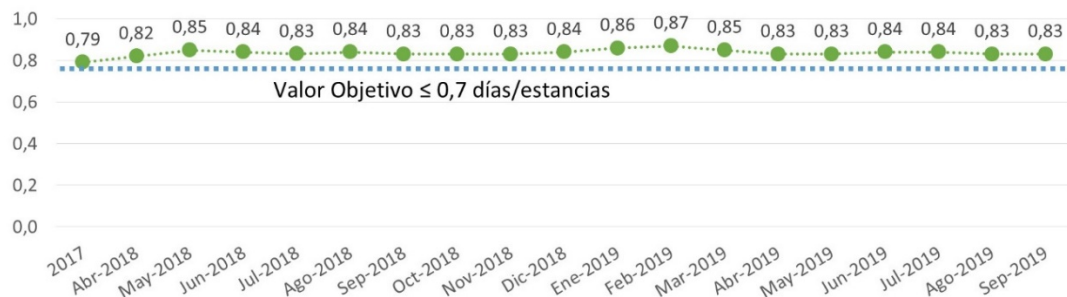


Figura 39.

Los valores obtenidos oscilan entre el 0,79 días al inicio del programa (2017) hasta 0,87 días, máximo valor alcanzado en febrero de 2019, siendo el último valor disponible (septiembre de 2019) de 0,83 días. Todos los valores se encuentran por encima del valor del objetivo establecido.

A continuación se muestran los resultados de este indicador en cada una de las CC.AA.

Ratio de utilización de sonda uretral



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del registro ENVIN de abril de 2018 a septiembre de 2019. n=17

Figura 40. Resultados de ratios de utilización de sonda uretral por CC.AA.



El ratio de utilización de sonda uretral se sitúa en valores superiores al objetivo en la mayoría de las CC.AA. (16 CC.AA.).

A continuación se describen la evolución de la DI de NVM, BRC, ITU según datos del registro ENVIN.

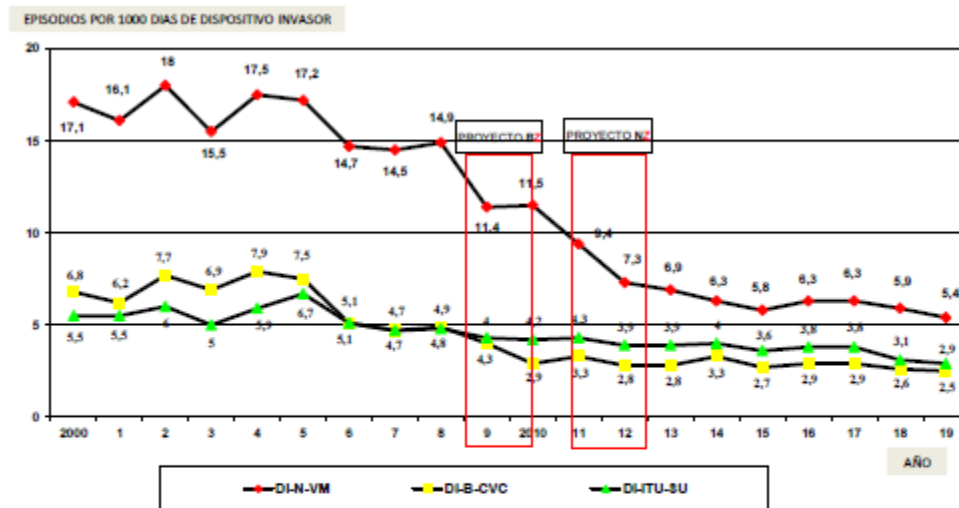


Figura 1. Evolución de las tasas de infecciones relacionadas con dispositivos invasores en las UCI españolas y su relación con los proyectos BZ y NZ. DI: Densidad de incidencia; N-VM: Neumonía relacionada con ventilación mecánica; B-CV Bacteriemia relacionada con catéter venoso central; ITU-SU: Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral; BZ: Bacteriemia zero; NZ: Neumonía zero

Figura 41.

Se observa una tendencia descendente en la evolución temporal de la tasa, de forma que los datos recogidos en el periodo ENVIN (abril-junio) muestran una disminución del 42,5% respecto al valor del año 2011, en el que se inició el proyecto NZ.

Considerando el año de inicio de programa (2011), la disminución es del 3,5%.

Proyecto Resistencia Zero

El proyecto Resistencia Zero, puesto en marcha en el año 2014, consiste en la aplicación de un paquete de recomendaciones de práctica clínica para pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos a fin de reducir la selección y/o diseminación de microorganismos multirresistentes en las UCI españolas.

Para ello se estableció el objetivo de disminuir un 20% los pacientes en los que se identifica una o varias Bacterias Multi-Resistentes (BMR) durante la estancia en UCI (identificadas tras 48 h de estancia). Para evaluar el avance de este indicador, se emplean, entre otros, los siguientes indicadores:

Indicador

L202.2.13.

Tasas de pacientes con una o más BMR adquirida durante la estancia en UCI

Durante el periodo 2018-2019 participan un total de 276 UCI de las que se seleccionaron para el análisis 95 UCI de 15 CC.AA. que han confirmado la realización de estudios de vigilancia activa de

BMR al ingreso en UCI y durante su estancia en UCI y ha aportado datos durante 7 o más meses. Se han incluido 84.962 pacientes con 508.962 días de estancia. El número de pacientes con BMR al ingreso en UCI fue 3.623 (4,26%) y el número de paciente con BMR durante su estancia en UCI fue 1.730 (2,04%). Se aislaron un total de 3.876 BMR (2.597 BMR al ingreso en UCI y 1.279 durante el ingreso en UCI). El porcentaje de pacientes con BMR al ingreso en UCI durante el periodo analizado fue de 4,26%, un 10% superior al periodo de implantación del proyecto (abril 2014 a junio 2016). Sin embargo, el porcentaje de pacientes con BMR durante el ingreso en UCI disminuyó a un 2,04%, un 21% con respecto al periodo de implantación (Figura 41). Existe una importante variabilidad entre CC.AA. en las tasas de pacientes con BMR previo al ingreso en UCI y en las tasas de pacientes con BMR durante el ingreso en UCI. La evolución mensual de las tasas de pacientes con BMR al ingreso y durante la estancia en UCI a lo largo de los meses de seguimiento (julio 2016 a junio 2019) se incluye en la *figura 41*.

A continuación se describe, durante el periodo de implantación del Proyecto (abril 2014-junio 2016), el porcentaje de pacientes (según el registro ENVIN) en los que se identificaron una o más infecciones por BMR adquiridas durante la estancia en UCI:

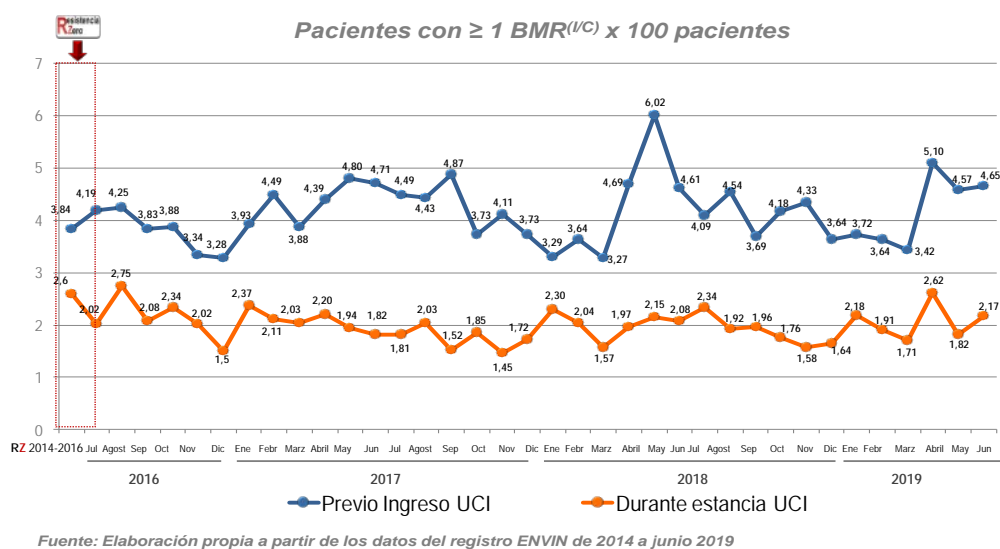


Figura 42. Porcentaje de pacientes (según el registro ENVIN) en los que se identificaron una o más infecciones por BMR adquiridas durante la estancia en UCI

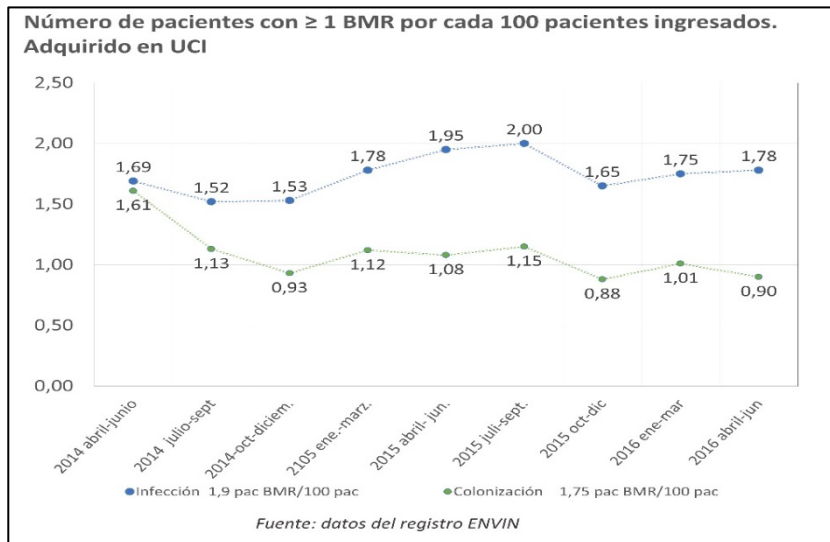


Figura 43. Porcentaje de pacientes con ≥ 1 BMR adquirida en la UCI

Adicionalmente, los datos disponibles sobre el porcentaje de pacientes con BMR adquiridas durante la estancia en UCI durante el periodo enero de 2018-30 junio de 2019, muestran para el porcentaje de pacientes con BMR un valor de 2,04, para el % de pacientes colonizados un valor de 1,45 y para el porcentaje de pacientes infectados un valor de 0,67.

Comparando estos valores con los obtenidos para periodo abril 2014-30 junio 2016, con valores de 2,61% de pacientes con BMR, de 1,72% para pacientes colonizados y de 1,05% para pacientes infectados, se observa una disminución en todos estos porcentajes.

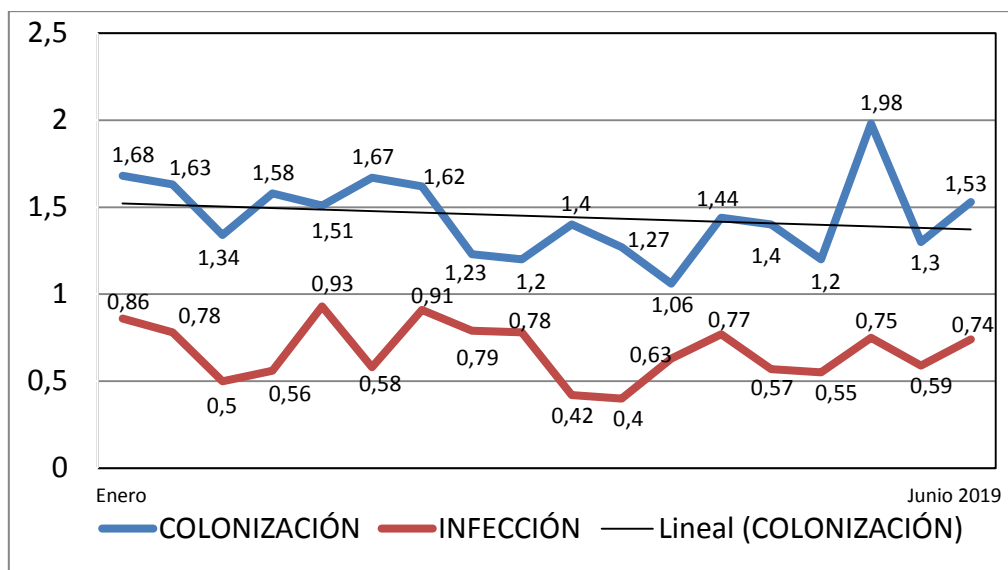


Figura 44. Porcentaje de pacientes con ≥ 1 BMR adquiridas durante la estancia en UCI periodo Enero de 2018-Junio 2019

El porcentaje de pacientes con una o más BMR durante los días de estancia en UCI ha descendido a lo largo de los años de implantación del proyecto, tanto en lo que se refiere a las colonizaciones como a las infecciones, estando siempre las colonizaciones por encima de las infecciones. Este dato alentador no se aprecia con respecto al porcentaje de ingresos previos durante los años en los que se ha podido recoger este valor.

Conclusiones principales

- Las tasas de BZ se han mantenido reducidas el último año, NZ siguen disminuyendo en el año 2019. El porcentaje de pacientes con BMR al ingreso en las UCI ha aumentado, sin embargo, ha disminuido las infecciones producidas por BMR durante la estancia en UCI. Las tasas de infección urinaria por catéter han disminuido.
- Las UCI que participan en los proyectos zero presentan tasas más bajas de infección que las que no participan.
- A pesar de la reducción de las tasas de infección por dispositivos médicos en las UCI del SNS, cuando se analizan por CC.AA., se aprecia una gran variabilidad.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Seguir apoyando el Programa de Seguridad de Pacientes Críticos del SNS y manteniendo reuniones periódicas con el Consejo Asesor para el adecuado desarrollo del programa y difusión de las recomendaciones de los Proyectos Zero basadas en la evidencia.
 - Difundir anualmente los resultados del programa y las barreras encontradas para su adecuada implantación a los coordinadores de las CC.AA. y de las UCI para identificar medidas de mejora y fomentar el liderazgo a todos los niveles.
 - Analizar en profundidad los factores asociados a la variabilidad de las tasas de IAAS en las UCI entre CC.AA.
 - Seguir trabajando en colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para promover los programas para disminuir la resistencia a los antibióticos.
 - Alinear los programas de seguridad para la prevención y control de las IAAS con los programas de vigilancia de dichas infecciones desarrollados a nivel nacional.
- **Para las CC.AA.**
 - Actualizar, cuando se considere necesario, los líderes de los programas nivel de la CC.AA.
 - Establecer reuniones periódicas con los coordinadores del programa de la CC.AA. para revisar la implantación del mismo y establecer las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.
 - Realizar reuniones periódicas con los coordinadores del programa en los hospitales de cada CC.AA. para promover las recomendaciones de los proyectos zero del

programa, difundir la información disponible de los mismos, conocer los problemas a nivel local y las posibles soluciones para su mejora.

- Promover la formación del personal sanitario de las UCI y de otros servicios hospitalarios que lo precisen (habitual y de reciente incorporación, incluidos los contratados temporalmente) en los contenidos de los Proyectos Zero.
 - Difusión de los resultados en jornada anual de calidad y seguridad.
- **Para los centros sanitarios**
- Los gerentes y directivos del hospital establecerán las medidas necesarias para la implantación, adecuado desarrollo y evaluación de los proyectos zero en sus UCI.
 - Los médicos y enfermeras, líderes en cada UCI, de cada uno de los proyectos Zero, difundirán periódicamente los datos de las IAAS de su UCI.
 - Los médicos y enfermeras, líderes en cada UCI promoverán la formación de los profesionales, especialmente con anterioridad a la incorporación del personal nuevo.
 - Los médicos y enfermeras, líderes en cada UCI promoverán la introducción de los datos clínicos de sus pacientes en el registro ENVIN.

L2. Objetivo 3 (03): Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

Los fallos en la seguridad del paciente durante el procedimiento quirúrgico están relacionados con la mala comunicación entre el equipo quirúrgico, errores en la identificación del paciente, el procedimiento o la localización del sitio quirúrgico, problemas con el equipamiento, errores en la medicación, especialmente en el ámbito anestésico, pérdidas de sangre superiores a las previstas o cierre de la herida quirúrgica sin haber retirado todos los accesorios quirúrgicos utilizados en el interior de los pacientes, entre otros.

Es por estos motivos por los que se hace necesaria la puesta en marcha e implantación de prácticas seguras en cirugía que contribuyan a minimizar los riesgos para la seguridad del paciente, entre ellos, la utilización del listado de verificación quirúrgica (LVQ) y las acciones para la prevención de infecciones relacionadas con una intervención quirúrgica. Las prácticas seguras en cirugía se incluyen en el Programa de Seguridad en el Bloque Quirúrgico, promovido por el Ministerio de Sanidad.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de:

- Indicadores sobre la implantación del Programa de Cirugía Segura, que incluye la utilización del LVQ (información procedente de las CC.AA. de 2018 y datos aportados por los responsables de este programa).
- Indicadores sobre la implantación del Programa de Infección Quirúrgica Zero, para la reducción de la tasa de infección de sitio quirúrgico en los centros sanitarios (evolución temporal 2017–2018).
- Indicadores del SNS obtenidos del RAE-CMBD (evolución temporal 2012–2017).

A continuación, se presentan todos los indicadores que monitorizan este objetivo, presentándose organizado por su origen o fuente de datos y no por la numeración del indicador indicada en la tabla del [Anexo 1](#).

Programa de Seguridad en Cirugía

El Programa de Seguridad en el Bloque Quirúrgico incluye una serie de programas enfocados a implantar prácticas clínicas seguras que prevengan las complicaciones asociadas con la cirugía: Cirugía segura en el bloque quirúrgico y programa de Infección quirúrgica zero.

Programa Cirugía Segura

El Programa de Cirugía Segura promueve, principalmente, la utilización del LVQ, como herramienta que ha mostrado efectividad en la mejora de la seguridad en el procedimiento quirúrgico.

Para la presentación de los resultados de los indicadores que monitorizan el avance de este programa, conviene señalar que los tres primeros indicadores presentan la información remitida por las CC.AA., mientras que el resto de los indicadores se han extraído, de forma centralizada, a través de la base de datos del programa cirugía segura.

Indicador

Hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura

L202.3.1.

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 51 hospitales se encuentran adheridos a este programa, es decir el 19,5% de los hospitales sobre los que se ha aportado información (261). Señalar que dos CC.AA. no han aportado datos para este indicador.



Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales adheridos.



Figura 45.



Aunque 4 CC.AA. indican que todos sus hospitales se encuentran adheridos al programa, la mayor parte de las CC.AA. señalan disponer de un porcentaje bajo de hospitales adheridos (7 CC.AA. en menos del 50% de sus hospitales y 4 CC.AA. sin ninguna implantación).

Por otro lado se ha recogido la participación en el programa de Cirugía Segura, tras una fase piloto (noviembre de 2017 hasta noviembre de 2018), en el año 2019 el programa inició una fase de implementación y 11 CC.AA. se adhirió al programa con un total de 79 centros participantes. Lo que supone un 17% de los 467 hospitales del sistema público.

Indicador

Profesionales (de quirófano) que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP

L202.3.2.

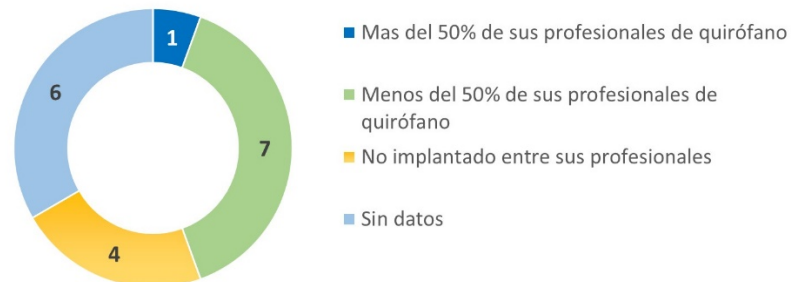
Durante el año 2018, los datos aportados por las 12 CC.AA. que aportan datos, indican que 1166 profesionales de quirófano han cumplimentado el cuestionario de cultura de seguridad, es decir el 8,8% de los profesionales de quirófano sobre los que se ha aportado información.



Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y

presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de profesionales que han cumplimentado dicho cuestionario.

Nº de CC.AA en las que sus profesionales cumplimentan el cuestionario de cultura de SP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n=18

Figura 46.



La implantación de esta medida es muy baja, no existiendo ninguna CC.AA. en la que el 100% de los profesionales de quirófano cumplimenten el cuestionario de cultura de SP y solamente 1 CC.AA. refiere que lo cumplimentan el 50% de sus profesionales de quirófano.

Indicador

L202.3.3.

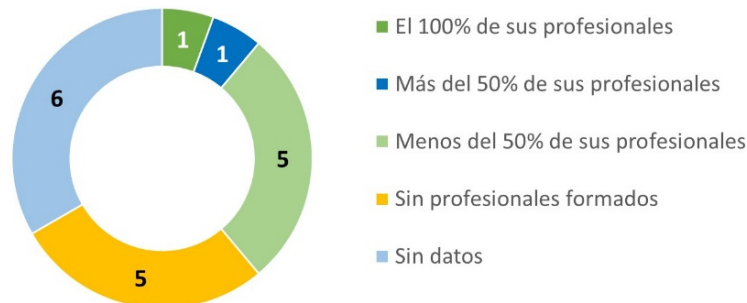
Profesionales (de quirófano) que completan la formación en SP prevista en el programa

En el año 2018 los datos aportados por las CC.AA. indican que 1131 profesionales de quirófano han completado la formación en SP es decir el 34,6% de los profesionales de quirófano sobre los que se ha aportado información (3267). Señalar que 4 CC.AA. no han aportado datos para este indicador.



Analizando los datos por CC.AA., en la siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de profesionales que han completado esta formación.

Nº de CCAA que cuentan con profesionales de quirófano que completan la formación en SP prevista en el programa



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n=18

Figura 47.



Se observa una baja implantación de esta formación en la mayoría de las CC.AA. (5 CC.AA. cuentan con menos del 50% de sus profesionales formados y 5 CC.AA. no lo tienen implantado).

Por otro lado se han recogido los resultados del programa de formación de Cirugía Segura que lleva desarrollándose desde 2017, con la oferta de un curso básico de seguridad en el bloque quirúrgico y un curso avanzado con diferentes ediciones, el número de alumnos matriculados al menos en uno de los cursos por año ha sido 194, 760 y 2185 durante los años 2017,2018 y 2019. Esto ha supuesto respecto al total de profesionales sanitarios participantes en el programa un 82%, 77%, y 71%.

Indicador

L202.3.4.

Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado el LVQ

Durante el año 2018, los datos aportados por el responsable del programa de Cirugía Segura indican que el LVQ se ha aplicado en 87.601 pacientes intervenidos con cirugía programada, es decir el 79,2% de los pacientes intervenidos de forma programada sobre los que se dispone de información. En el año 2019 se ha aplicado el LVQ a 62853 pacientes intervenidos de cirugía programada, sobre un total de 76760 pacientes evaluados, lo que supone 81,9%. Aunque el porcentaje ha aumentado en 2019, hay que tener en cuenta que de los 79 centros/hospitales que participan en el programa de Cirugía Segura, solamente aportan datos de este indicador 24 centros.



87.601

Pacientes de cirugía programada con LVQ

Señalar que desde 9 CC.AA. no se dispone datos para este indicador.



Baja implantación de esta práctica ya que solo una CA ha aplicado el LVQ en el 100% en el año 2018 de sus pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso. 6 CC.AA. han aplicado esta práctica en más del 50% de sus pacientes (5 de ellas con niveles superiores al 72%) en el 2018 y 7 en el 2019, y dos de ellas en menos del 50% de sus pacientes.

Indicador

L202.3.5.

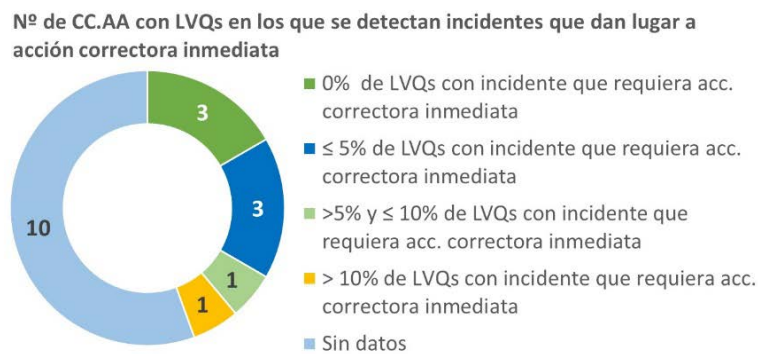
Listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata

Durante el año 2018, los datos aportados por el responsable del programa de Cirugía Segura indican que 873 (3,6%) LVQ sobre un total de 23.957 contienen incidentes que dan lugar a una acción correctora inmediata, en el año 2019 fueron el 9,2%, la representatividad es muy escasa, ya que solo 9 centros aportan datos de este indicador.



En este caso sólo se dispone de información de 8 CC.AA.

Analizando los datos por CC.AA., la siguiente figura agrupa y presenta aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de LVQ con incidentes y con acción correctora inmediata.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2018.. n=18

Figura 48.



Todas las CC.AA. disponen de valores bajos de este indicador. Así 1 CC.AA. indica que el 11,6% de los LVQs identifican incidentes con acción correctora inmediata. Otra CA, referencia un 7,9% de sus LVQs con incidentes y acción correctora y 3 CC.AA. por debajo del 4%. Finalmente, 3 CC.AA. señalan que no disponen de LVQ con incidentes que requieran acción correctiva inmediata.

Señalar que 10 CC.AA. no han remitido datos respecto a este indicador.

El valor obtenido durante los años 2017,2018 y 2019 no muestra una tendencia clara, siendo los porcentajes 19%, 3,6% y 9,2% respectivamente.

Indicador

L202.3.6.

Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica

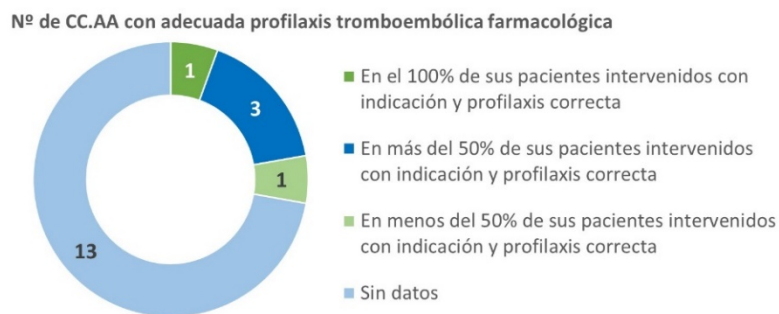
Durante el año 2018, los datos aportados por el responsable del programa de Cirugía Segura indican que 488 pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis farmacológica han empleado una una profilaxis tromboembólica



correcta, esto supone el 60,4% de los pacientes de este tipo, sobre los que se dispone de información. En el año 2019 fueron 434 pacientes, resultando en 97,7%, muy pocos centros (5) han aportado datos de este indicador.

Este indicador incluye los datos disponibles de 5 CC.AA.

Analizando los datos por CC.AA., la siguiente figura agrupa y presenta aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de adecuación de la profilaxis tromboembólica farmacológica.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos remitidos por el responsable del programa para 2018. n=18

Figura 49.

El número de CC.AA. que aporta información a este indicador es muy reducido (5 CC.AA.). Solo 1 CC.AA. indica la adecuación de la profilaxis en el 100% de sus pacientes intervenidos, 3 CC.AA. en más del 50% de sus pacientes y 1 en menos del 50%.

Señalar que 13 CC.AA. no han remitido datos respecto a este indicador.

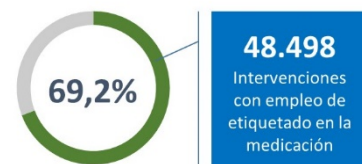
En relación al periodo 2017-2018, el valor obtenido en el año 2018 (60,4%) ha aumentado respecto al valor del año 2017 (12,8%) en 47,6 puntos porcentuales, y continua aumentando en el año 2019 hasta el 97,7%.

Indicador

Utilización de etiquetado de medicación

L202.3.8.

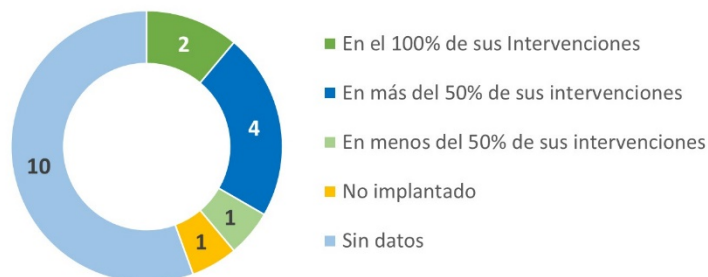
Durante el año 2018, los datos aportados por el responsable del programa de Cirugía Segura indican que en 42.498 intervenciones se ha empleado el etiquetado de medicación respecto a las 61.436 intervenciones sobre las que se ha informado como realizadas, esto supone el 69,2% de las intervenciones informadas. En el año 2019 se ha registrado un llamativo descenso, resultando en 17,8% (17418/98010), teniendo en cuenta que solo 13 de los 79 centros que participan en el programa, aportan datos de este indicador.



No obstante, es elevado el número de CC.AA. que no aporta información (10 CC.AA.), por lo que se deben interpretar los resultados de este indicador con cautela.

Analizando los datos por CC.AA., la siguiente figura agrupa y presenta aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de utilización del etiquetado de medicación.

Nº de CC.AA con adecuada profilaxis tromboembólica farmacológica



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n=18

Figura 50.

2 CC.AA. muestran la utilización de etiquetado normalizado de medicación en el 100% de sus intervenciones, 4 CC.AA. en más del 50% de sus de sus intervenciones y 1 CC.AA. muy por debajo del 50%.

Durante el periodo 2017-2018 el valor obtenido en el año 2018 (69,%) ha aumentado respecto al valor del año 2017 (44,9%) en 24,3 puntos porcentuales. Sin embargo en el año 2019 hay un descenso muy marcado del 17,8%.

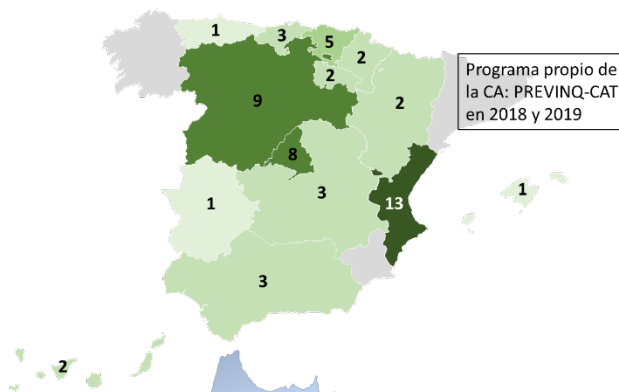
Programa Infección Quirúrgica Zero (IQZ)

El programa IQZ se centra en la promoción de un conjunto de prácticas preventivas que han mostrado efectividad en la prevención de infecciones del lugar quirúrgico (ILQ). Las cinco medidas preventivas del proyecto IQZ para evitar las infecciones del lugar quirúrgico son:

- la profilaxis antibiótica,
- la utilización de clorhexidina alcohólica,
- la eliminación de vello,
- la normotermia perioperatoria y
- la normoglucemia perioperatoria.

De forma agregada, 29 hospitales se encontraban adheridos al programa en 2017, aumentando hasta 50 en 2018. Durante el año 2019, hospitales de 14 CC.AA. (Ceuta y Melilla se consideran de forma separada) se han adherido a este proyecto, alcanzando en 2019 un total de 55 centros hospitalarios, que se distribuyen geográficamente de la siguiente forma:

Hospitales adheridos al programa IQZ por CC.AA



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2019. n = 19

Figura 51.

La variabilidad en el número de hospitales adheridos al programa debería tenerse en consideración a la hora de interpretar los resultados de la evolución temporal para los años 2017-18.

Respecto a los indicadores IQZ, los resultados se presentan considerando los datos remitidos por el responsable del programa para el año 2018. Señalar que en el año indicado, 4 CC.AA. no contaban con hospitales vinculados a este programa (n=15: 13 CC.AA. y 2 Ciudades Autónomas).

Adicionalmente, y en relación con la infección quirúrgica, se incorporan otros indicadores que recogen la incidencia de ILQ-BILQ.

Indicador

L202.3.12.

Hospitales que tienen identificado un coordinador médico y enfermero del programa IQZ



En 2018, todos los hospitales que están adheridos a este programa han identificado un coordinador médico y un enfermero y, así se mantiene en la evolución de los datos disponibles desde el año 2017.

El indicador L202.3.13. (Hospitales con las normas de profilaxis antibiótica quirúrgica actualizadas hace menos de 5 años) ha sido eliminado ya que la información necesaria para su cálculo no puede obtenerse del Programa IQZ.

Indicador

L202.3.13.

Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica



En 2018, 13 CC.AA. cuentan con un porcentaje de cumplimiento global de la profilaxis antibiótica que se encuentra entre el 70 y el 99% de sus intervenciones en los hospitales adheridos.

En relación a la evolución temporal de 2017 a 2018 del valor global de este indicador, se muestra una evolución positiva. Se ha producido una mejora de 4,5 puntos porcentuales respecto al valor de 2017 (87,2%) alcanzando en 2018 un valor del 91,7%.

Indicador

Cumplimiento global de la aplicación de clorhexidina alcohólica

L202.3.14.

En 2018, una CC.AA. alcanza en el 100% de las intervenciones con aplicación de clorhexidina alcohólica en sus hospitales adheridos al programa, 11 CC.AA. se encuentran en valores superiores al 50% en su aplicación, destacando que 10 de ellas, se encuentran valores entre el 81 y el 99%.

En relación a la evolución temporal 2017-2018 del valor global de este indicador, aunque en 2017 se situaba en un 92,7%, en 2018 se observa un ligero descenso en el cumplimiento de la aplicación de clorhexidina alcohólica, obteniéndose un valor de 91,8%.

Indicador

Cumplimiento global de la eliminación del vello

L202.3.15.



En 2018, 2 CC.AA. indican el 100% de cumplimiento global de la eliminación del vello en sus intervenciones en hospitales adheridos al programa IQZ, y 11 CC.AA. indican su cumplimiento en más del 89% de ellas.

En relación a la evolución temporal 2017-2018 del valor global de este indicador, se ha producido una mejora de 7,9 puntos porcentuales respecto al valor de 2017 (87,5%) alcanzando en 2018 un 95,4%.

Indicador

Cumplimiento global de la normotermia

L202.3.16.

2 CC.AA. indican el cumplimiento de la normotermia en el 100% de sus intervenciones en hospitales adheridos y otras 10 CC.AA. en más del 50% de sus intervenciones. De entre estos últimos, 6 CC.AA. presentan valores superiores al 70%.

El cumplimiento de la normotermia en las intervenciones de los hospitales adheridos al programa muestra un descenso de 2,3 puntos porcentuales de 2017 (88,7%) a 2018 (86,4%). Además, esta práctica se presenta como la de menor porcentaje de implantación global en 2018.

Indicador

Cumplimiento global de la normoglucemia

L202.3.17.

Se observa un elevado cumplimiento de la normoglucemia en los hospitales de las CC.AA. adheridos al programa IQZ: 1 CC.AA. la aplica en el 100% de sus intervenciones y 9 CC.AA. en más del 50% de las mismas. De entre, 8 CC.AA. indican resultados entre el 83 y el 97%. Aficionalmente, 5 CC.AA. no disponen de datos de la implantacion de esta medida en sus hospitales adheridos.

En cuanto a la evolución temporal 2017-2018 del valor global de este indicador, los datos muestran que, en 2018 (91,4%), se ha producido una pequeña mejora de 1,8 puntos porcentuales respecto a los valores de 2017 (89,6%).

Indicador

Incidencia de eventos adversos ligados a la aplicación del protocolo IQZ

L202.3.18.

El Global para el año 2018 se sitúa en un valor 0,5%, encontrándose los valores de las CC.AA. en un rango de entre el 0% y el 3,5%. Dos CC.AA. no han reportado datos y 4 no disponen de hospitales adheridos al programa IQZ (4 CC.AA.).

Agrupando las CC.AA. que cuentan con valores similares de incidencia de EA ligados a la aplicación del protocolo IQZ se observa:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2018. n = 19

Figura 52.

8 CC.AA. han indicado que el valor de este indicador es del 0%, manteniéndose en todas menos en una en niveles inferiores al 1%.

En cuanto a la evolución temporal 2017-2018 del valor global del indicador, se observa un ligero aumento de aproximadamente 0,3 puntos porcentuales de la incidencia de EA ligados a la aplicación del protocolo IQZ de 2017 (0,16%) a 2018 (0,48%) aunque el indicador continúa en valores muy bajos.

Indicador

Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica

L202.3.19.

A continuación, se muestra la incidencia acumulada de ILQ-BILQ de las CC.AA. conforme a los datos reportados en el programa IQZ en 2018.

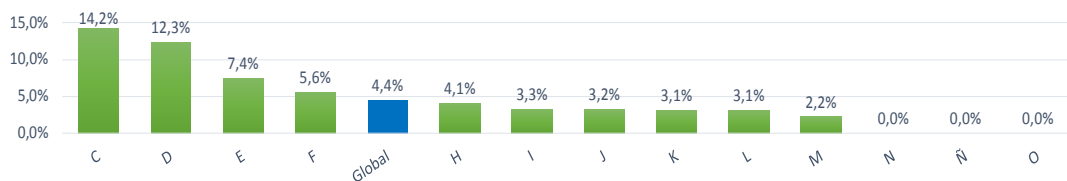


Figura 53. Incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por los responsables del programa para 2018, n=13

La barra color azul muestra el Global para el año 2018 que se sitúa en un valor 4,4%, encontrándose los valores remitidos en un rango de entre el 0% y el 14,2%. Se han excluido de esta representación las 2 CC.AA. que no han reportado datos y las que no disponen de hospitales adheridos al programa IQZ (4 CC.AA.).

Agrupando las CC.AA. por rangos similares de incidencia se observa:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2018. n = 19

Figura 54.



CC.AA. han reportado que la incidencia acumulada de ILQ-BILQ por localización quirúrgica en sus hospitales adheridos al programa IQZ es inferior al 5%, siendo 3 de ellos de valor 0%.

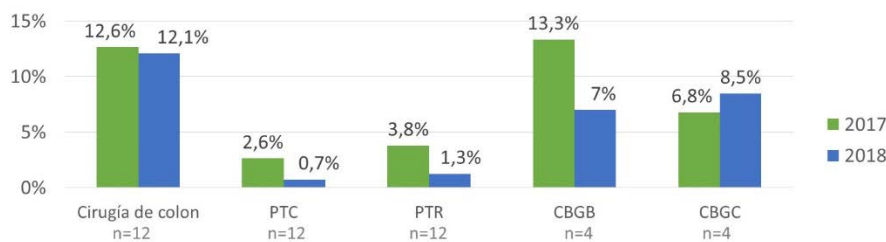
En dos CC.AA. los valores están entre 6 y 10% y en dos Comunidades entre el 11 y 15%.

En la evolución temporal 2017-2018 del valor global de de esta incidencia acumulada, se observa una disminución de un punto porcentual en la incidencia acumulada por ILQ-BILQ por localización quirúrgica pasando de un valor en 2017 de 5,4% a un valor en 2018 de 4,4%.

Adicionalmente, se presentan 5 indicadores que recogen los los datos de ILQ-BILQ segmentados por distintas localizaciones quirúrgicas así como su evolución temporal entre 2017 y 2018:

Indicador L202.3.20.1.	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en cirugía de colon
Indicador L202.3.20.2.	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en prótesis de cadera (PTC)
Indicador L202.3.20.3.	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en prótesis de rodilla (PTR)
Indicador L202.3.20.4.	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en bypass aortocoonario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB)
Indicador L202.3.20.5.	Incidencia acumulada de ILQ-BILQ en bypass aortocoonario con solo incisión torácica (CBGC)

Incidenia acumulada de ILQ-BILQ en distintas localizaciones quirúrgicas



Fuente: elaboración propia a partir de los datos remitidos por el responsable del programa para 2018.

Figura 55.

Todos los indicadores excepto el de CBGC registran descensos durante el año 2018. Se observa una disminución significativa de 6,3 puntos porcentuales en la incidencia acumulada de ILQ-BILQ en bypass aortocoonario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB).

Igualmente relevantes son los descensos de la incidencia de ILQ-BILQ en prótesis de rodilla (PTR) con una bajada de 2,5 puntos porcentuales y de prótesis de cadera (PTC) con una bajada 1,9 puntos porcentuales respecto al valor de 2017.

Por el contrario, la incidencia acumulada de ILQ-BILQ en bypass aortocoonario con solo incisión torácica muestra un aumento de 2 puntos porcentuales de 2017 a 2018.

Indicador L202.3.21.	Incidenia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones
--------------------------------	--

A continuación, se muestran los resultados de este indicador extraídos a partir de los datos reportados al programa IQZ para las CC.AA. en el año 2018.

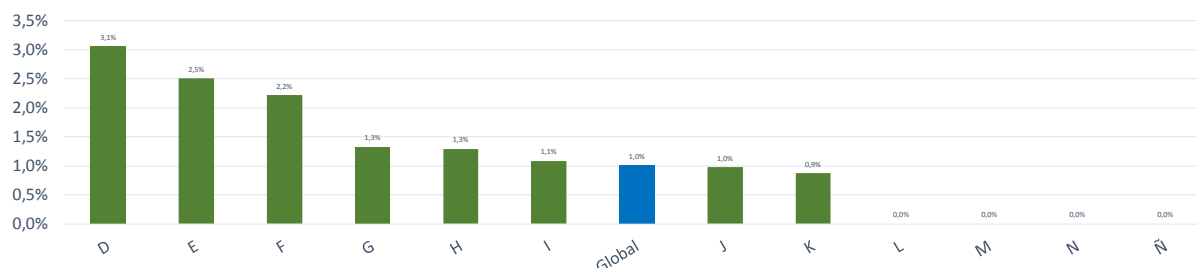


Figura 56. Incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones por CC.AA.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC.AA. para el 2018, n=13

La barra color azul muestra el global para el año 2018 que se sitúa en un valor 1,01%, encontrándose los valores remitidos en un rango de entre el 3,06% a un 0%. Se han excluido de esta representación las 2 CC.AA. que no han reportado datos y que no disponen de hospitales adheridos al programa IQZ 4 CC.AA.).

Agrupando las CC.AA. por rangos similares de incidencia de reingreso se observa:

Nº de CC.AA. con incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2018. n = 19

Figura 57.



CC.AA. reportan una incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones inferior o igual al 1%.

En cuanto a la evolución temporal 2017-2018 del valor global de la incidencia de reingreso por ILQ-BILQ para todas las intervenciones, se observa una disminución de 0,6 puntos porcentuales, obteniéndose en 2017 un valor de 1,6% y en 2018 un valor de 1%.

Indicador

Incidencia de reintervención por ILQ-BILQ para todas las intervenciones

L202.3.22.

En cuanto a la incidencia de reintervención por ILQ-BILQ, a continuación se muestran los datos reportados por las CC.AA. al programa IQZ para el año 2018.

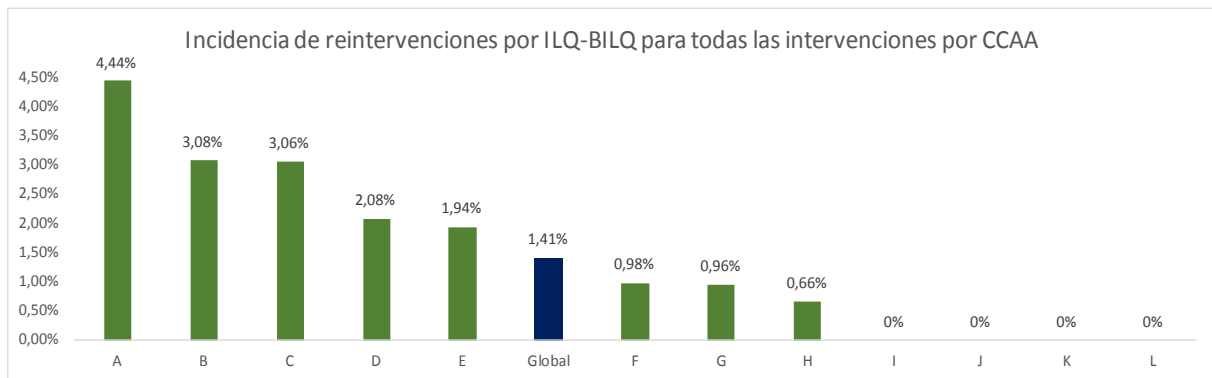


Figura 58. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC.AA. para 2018. N=13

La barra color azul muestra el Global para el año 2018 que se sitúa en un valor 1,41%, encontrándose los valores remitidos en un rango de entre el 4,44% a un 0%. Se han excluido de esta representación las 2 CC.AA. que no han reportado datos y las que no disponen de hospitales adheridos al programa IQZ (4 CC.AA.).

Agrupando las CC.AA. por rangos similares de incidencia de reintervención se observa:

Nº de CC.AA. con incidencia de reintervención por ILQ-BILQ para todas



Fuente: elaboración propia a partir de los datos reportados por el responsable del programa para 2018. n = 19

Figura 59.

8 CC.AA. han reportado al programa IQZ una incidencia de reintervención por ILQ-BILQ para todas las intervenciones inferior al 1%.

En relación con la evolución temporal del valor global de este indicador de 2017 a 2018, la incidencia de reintervención por ILQ-BILQ ha descendido 0,4 puntos porcentuales de 2017 (1,8%) a 2018 (1,4%).

Indicadores del RAE-CMBD relacionados con las prácticas seguras en cirugía

Los indicadores relacionados a continuación se han agrupado a fin de facilitar su visualización.

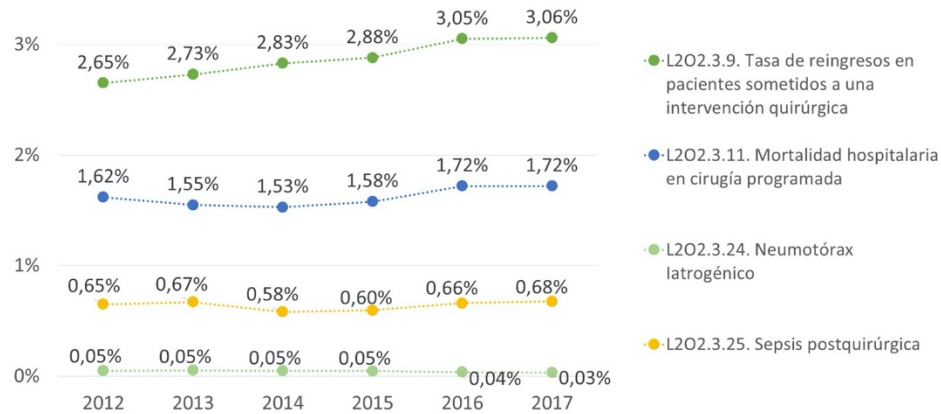
Indicador L202.3.7.	Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico
Indicador L202.3.9.	Tasa de reingresos en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica
Indicador L202.3.10.	Trombosis venosa profunda postquirúrgica
Indicador L202.3.11.	Mortalidad hospitalaria en cirugía programada
Indicador L202.3.24.	Neumotórax iatrogénico
Indicador L202.3.25.	Sepsis postquirúrgica
Indicador L202.3.26.	Deshiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adultos
Indicador L202.3.27.	Hemorragia o hematoma postoperatorio
Indicador L202.3.28.	Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento
Indicador L202.3.29.	Infección relacionada con la utilización de catéter venoso central
Indicador L202.3.30.	Trombosis venosa profunda postquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla
Indicador L202.3.31.	Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico en cirugía de sustitución de cadera o rodilla

A continuación, se muestra la evolución de la información disponible en el RAE-CMBD, desde el año 2012 al 2017. En el análisis de estos datos debe tenerse en cuenta que los valores de algunos indicadores del RAE-CMBD registran a partir de 2016 diferencias respecto a la serie histórica.

El año 2016 fue el año de implantación del nuevo modelo de datos y la nueva clasificación CIE-10-ES, por lo que estas diferencias deben interpretarse tomando en consideración estos cambios.

Los datos aparecen divididos en tres gráficos a fin de facilitar su visualización y análisis.

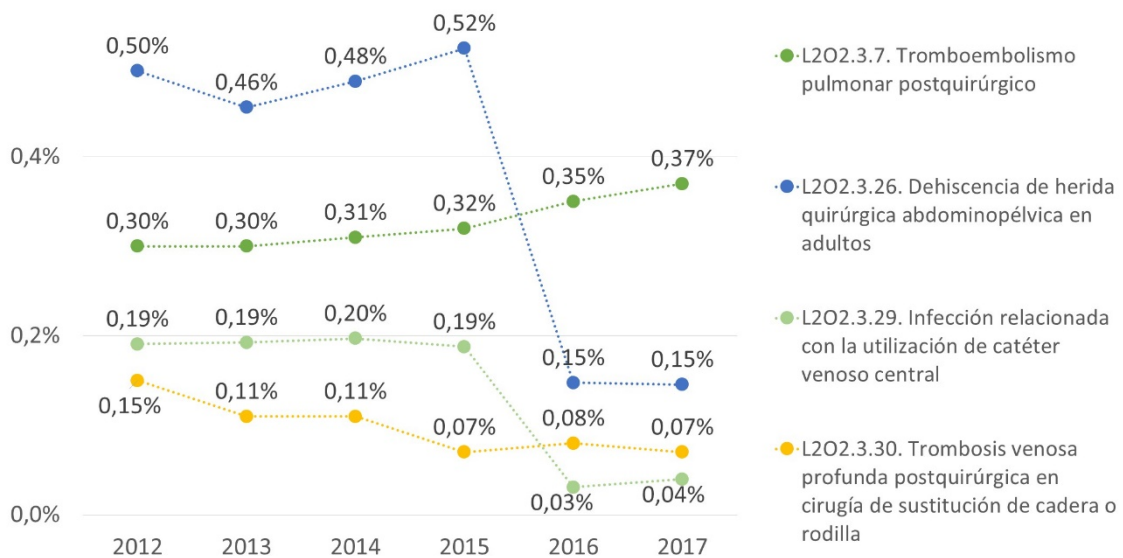
Evolución temporal (2012-2017) de los indicadores extraídos del CMBD (1ª parte)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del RAE-CMBD. n=19

Figura 60.

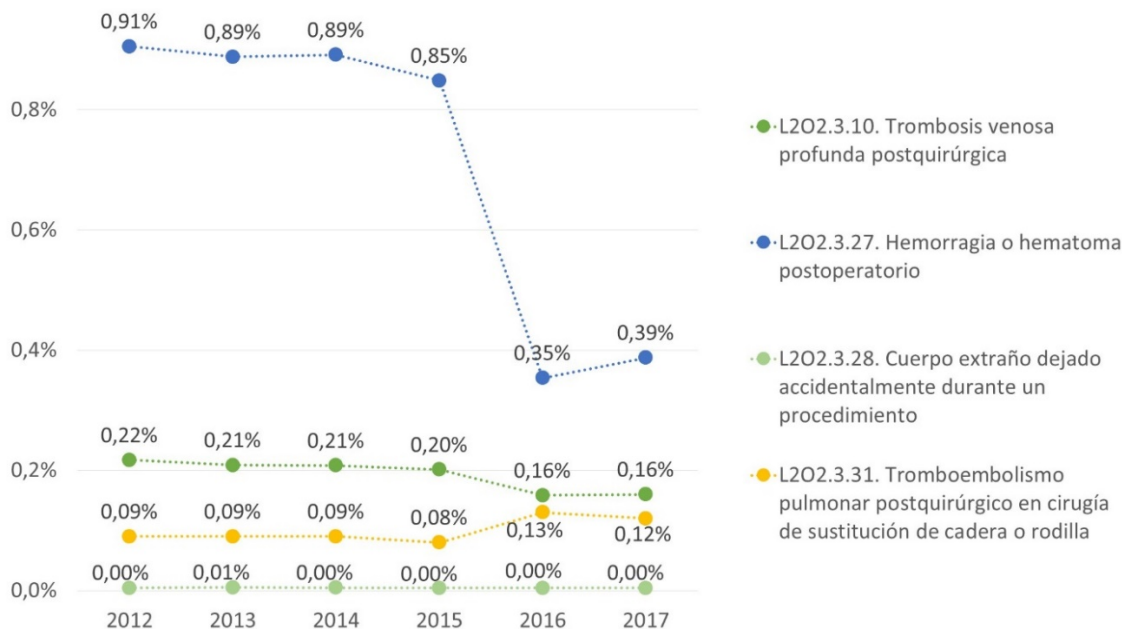
Evolución temporal (2012-2017) de los indicadores extraídos del CMBD (2ª parte)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del RAE-CMBD. n=19

Figura 61.

Evolución temporal (2012-2017) de los indicadores extraídos del RAE CMBD (3ª parte)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del RAE-CMBD. n=19

Figura 62.

En los datos globales del RAE-CMBD, se observan 3 tendencias bien diferenciadas:

- Indicadores con tendencia ascendente son la tasa de reingreso en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, el tromboembolismo pulmonar postquirúrgico y el tromboembolismo pulmonar postquirúrgico en cirugía de sustitución de cadera o rodilla.
- Indicadores que se mantienen constantes o con mínimas variaciones a lo largo de los años. En este grupo están la mortalidad hospitalaria en cirugía programada, el neumotórax iatrogénico, la sepsis postquirúrgica, y el cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento.
- Indicadores con tendencia descendente en el periodo de estudio, como la deshiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adultos, la infección relacionada con a utilización del catéter venoso central, la trombosis venosa profunda postquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla, la hemorragia o hematoma postoperatorio, y la trombosis venosa profunda.

Conclusiones principales

- Según los datos aportados por las CC.AA., 51 hospitales se encontraban adheridos al programa de cirugía segura en 2018, aunque solo 4 CC.AA. (22,2%) manifiestan tener adheridos a todos sus hospitales.
- El porcentaje de profesionales del bloque quirúrgico, de los hospitales participantes, que han completado el cuestionario de cultura de seguridad está en torno al 9%. No obstante, no se dispone de información de los resultados de dicho cuestionario por lo que habría que valorar la utilidad de este indicador para la mejora del programa.

- De las CC.AA. participantes en el programa de cirugía segura, solo 5 declaran que el 100% de los profesionales del bloque quirúrgico de los hospitales que participan, se han formado en los contenidos del programa.
- Según los datos aportados, el LVQ está escasamente implantado en la cirugía programada. De las 9 CC.AA. que aportan datos para este indicador, solo 1 indica que lo aplica en el 100% de los casos. No obstante, dado que solo el 50% de CC.AA. aportan datos de este indicador, falta representatividad del SNS.
- La mayoría de CCA no ha aportado datos para los indicadores “LVQ en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata”, “Adecuación de profilaxis tromboembólica farmacológica” y “utilización de etiquetado en la medicación”, “detección de incidentes en el LVQ durante su utilización” por eso, los resultados obtenidos, que indican bajos cumplimientos, deben interpretarse con precaución. Estos indicadores no disponen de una fuente de datos estandarizada y accesible lo que hace difícil su medición.
- Aunque la mayoría de CC.AA. (78%) están adheridas al proyecto *Infección Quirúrgica zero*, el número de hospitales participantes es escaso (50 hospitales en el año 2018).
- Los indicadores que miden prácticas preventivas de infección quirúrgica muestran una tendencia positiva, excepto para el indicador que evalúa cumplimiento de normotermia, práctica cuya implantación ha disminuido durante el año 2018.
- Las tasas de infección de sitio quirúrgico de los procedimientos evaluados han disminuido en 2018, excepto para el bypass aorto-coronario con solo incisión torácica.
- Las tasas de incidencia de reingresos y reintervenciones, registradas en el proyecto IQz, han disminuido en 2018.
- Los datos de los indicadores del CMBD muestran una tendencia ascendente en reingresos. Estos datos no coinciden con los del proyecto IQZ porque no se refieren a la misma población, ni a los mismos procedimientos quirúrgicos ni al mismo periodo de tiempo.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Promover las recomendaciones del programa de Cirugía Segura y su alineamiento con otras acciones en el SNS orientadas a la mejora de la calidad y seguridad de los procedimientos quirúrgicos, como la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del adulto (VIA RICA) o la vigilancia epidemiológica y el control de infecciones.
 - Difundir periódicamente/anualmente los resultados del programa y las barreras encontradas para su adecuada implantación a los coordinadores del programa de Cirugía segura a nivel de CC.AA. y centros sanitarios para identificar medidas de mejora y fomentar el liderazgo a todos los niveles.
 - Analizar los factores asociados a la variabilidad de las tasas de infección de sitio quirúrgico en los hospitales participantes.
 - Revisar, valorar y actualizar con el consejo asesor del programa Cirugía Segura los indicadores del programa.

- Revisar con las CC.AA. los indicadores clave del SNS de seguridad del paciente referidos a cirugía y su utilidad para la práctica clínica.
- **Para las CC.AA.**
 - Actualizar, cuando se considere necesario, los líderes de programa a nivel de la CC.AA.
 - Coordinar el despliegue del programa de cirugía segura en el ámbito autonómico.
 - Promover la adherencia de todos los hospitales de la CC.AA. al programa de cirugía segura (el promovido por el MS o el propio de la CC.AA.).
 - Establecer reuniones periódicas con los coordinadores regionales del programa de cirugía segura (el promovido por el MS o el propio de la CC.AA.) para revisar la implantación del mismo y establecer las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.
 - Promover la formación del personal sanitario del bloque quirúrgico en los contenidos del Programa de Cirugía Segura (el promovido por el MS o el propio de la CC.AA.).
 - Establecer acciones que fomenten el compartir prácticas seguras en cirugía entre los hospitales de las CC.AA.
 - Garantizar recursos para el control de la infección. Integrar, sistematizar y digitalizar la documentación al efecto en las diferentes historias clínicas electrónicas.
 - Difusión de resultados del programa a nivel autonómico (Jornada anual).
- **Para los centros sanitarios**
 - Los gerentes y directivos comprometidos con la seguridad del paciente establecerán las medidas necesarias para la implantación, adecuado desarrollo y evaluación del Programa de Cirugía Segura (el promovido por el MS o el propio de la CC.AA.).
 - Los médicos y enfermeras, líderes del programa de Cirugía Segura en cada hospital promoverán la formación de los profesionales del bloque quirúrgico, la recogida de los datos necesarios para la evaluación, la difusión de resultados y la propuesta de medidas correctoras.
 - Incorporación del programa en los planes de calidad y seguridad del paciente de los centros sanitarios.
 - Realizar auditorías internas de cumplimiento del programa.

L2. Objetivo 4 (04): Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes

Estas prácticas implican la definición de planes de cuidados individualizados para los pacientes hospitalizados o en el domicilio, en los que, tras su valoración, se especifiquen entre otras las medidas para la prevención de la aparición de úlceras por presión, de lesiones y caídas, así como las medidas de seguridad para la contención física de los pacientes que lo requieran.

La inclusión de aspectos de seguridad en la historia clínica del paciente y en el informe de alta, así como la información al propio paciente, a la familia y/o cuidadores sobre los cuidados y riesgos, son aspectos que también deben considerarse como parte de las medidas encaminadas a los cuidados seguros del paciente.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de:

- Indicador sobre la definición de planes de cuidados en pacientes ingresados (información procedente de las CC.AA. de 2018).
- Indicadores sobre el desarrollo de úlceras por presión (UPP) en pacientes ingresados por un tiempo > 48 h (información procedente de las CC.AA. de 2018 y serie temporal 2012-2017 obtenida del RAE-CMBD).
- Indicador sobre el número de caídas en los pacientes hospitalizados (información procedente de las CC.AA. de 2018).
- Indicador relativo a hospitales que cuentan con medidas de contención terapéutica (información procedente de las CC.AA. de 2018).

A continuación, se presentan todos los indicadores que monitorizan este objetivo, organizados y agrupados según el desglose temático anterior.

Indicador

Pacientes ingresados con planes de cuidados

L202.4.1.

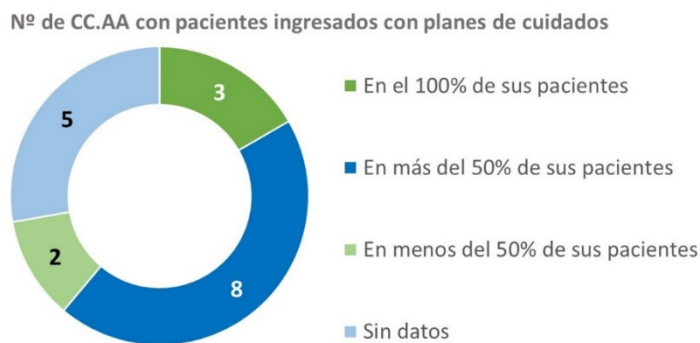
La necesidad de establecer estrategias de prevención de eventos adversos relacionados con los cuidados del paciente implica el desarrollo de planes de cuidados individualizados que contemplen medidas de prevención, la asistencia segura al paciente frágil, así como medidas de prevención y control del dolor en el adulto y el niño, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.

Prácticas como la difusión de los planes a pacientes y cuidadores, su inclusión en la historia clínica del paciente y en el informe de alta, así como el desarrollo de planes específicos para la valoración integral del paciente en la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales, deben considerarse parte de los cuidados seguros del paciente.

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que **1.578.245** pacientes ingresados cuentan con Planes de cuidados.



Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de pacientes que cuentan con planes de cuidados.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 63.



13 CC.AA. indican tener planes de cuidados para pacientes ingresados. De ellas, 10 CC.AA. disponen de planes en más del 80% de sus pacientes.

Sin embargo, 2 CC.AA. señalan disponer de porcentajes inferiores al 50% de pacientes ingresados con planes de cuidados.

Indicador

Úlceras por presión

L202.4.2.

Las UPP son un importante problema de salud que produce un daño en los pacientes hospitalizados sometidos a estancias prolongadas, especialmente en pacientes mayores y/o dependientes, que son evitables en un alto porcentaje de casos. Medidas como la valoración del riesgo del paciente al ingreso permiten establecer planes de cuidados y medidas de prevención en los casos que lo requieran.

Los datos generales extraídos del RAE-CMBD para los años 2012-2017, muestran lo siguiente:

Evolución temporal (2012-2017) de las úlceras por presión



Fuente: elaboración propia a partir de los datos extraídos del RAE-CMBD.
n = 19

Figura 64.



Se observa una leve mejoría de este indicador durante los años 2012-2016, con un ligero repunte en 2017.

Tal y como se ha indicado anteriormente, debe considerarse en el análisis de estos datos que, el año 2016 fue el año de implantación del nuevo modelo de datos y la nueva clasificación CIE-10-ES, por lo que estas diferencias deben interpretarse teniendo en cuenta estos cambios.

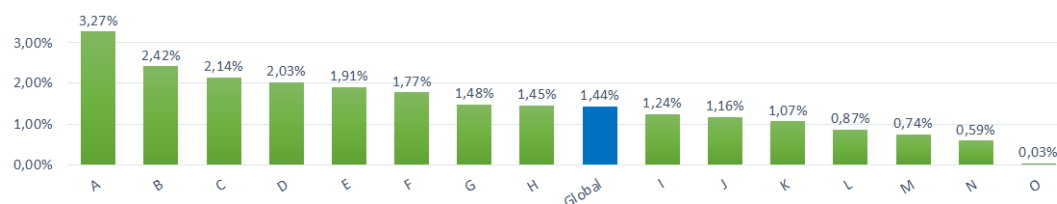
Indicador

Pacientes ingresados >48h que han desarrollado UPP

L202.4.3.

En relación a los datos reportados por las CC.AA. en 2018 con respecto a las úlceras por presión, se muestra el % de pacientes ingresados durante más de 48 horas que han desarrollado este problema por CC.AA.

Pacientes ingresados > 48 h que han desarrollado UPP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=15
Figura 65.

No se han incluido en este gráfico las 3 CC.AA. que no han reportado datos.

Los valores reportados se encuentran en un rango de entre el 0% y el 3,27%, obteniéndose una valor global de 1,44%.

Si se observan los datos específicos aportados por las CC.AA., y agrupados por niveles similares de pacientes ingresados > 48 h que han desarrollado UPP:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 66.



CC.AA. indican tener un % de pacientes con úlceras por presión inferior al 2% de sus pacientes ingresados (4 de ellas con un porcentaje inferior al 1%).

Señalar que 3 CC.AA. no han aportado datos al respecto de este indicador.

Indicador

Caídas en pacientes hospitalizados

L202.4.4.

Las caídas de los pacientes durante su hospitalización son uno de los EA que más daño causan a los pacientes produciendo discapacidades y secuelas, siendo evitables en un alto porcentaje de casos. La valoración inicial del riesgo del paciente permite la implantación de medidas destinadas a su prevención.

Los datos específicos de cada CC.AA. se exponen en el gráfico siguiente. No se han incluido en este gráfico las 3 CC.AA. que no han reportado datos.

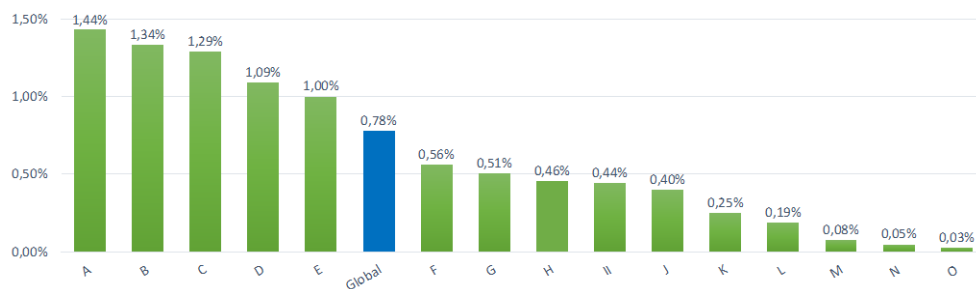


Figura 67. Caídas en pacientes hospitalizados por CA.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por las CC.AA. en 2018 (n=15)

Los valores reportados se encuentran en un rango de entre el 0,03% y el 1,44%, obteniéndose una valor global de 0,78%. Considerando los datos correspondientes a 2018 que han sido aportados por las CC.AA. y agrupados por niveles similares de caídas, se observa:

Nº de CC.AA con caídas en pacientes hospitalizados



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 68.



CC.AA. muestran un % de caídas en pacientes hospitalizados inferior al 0,6%.

En cuanto al resto, 5 CC.AA. muestran valores del indicador iguales o superiores al 1% y 3 CC.AA. no han reportado datos.

Indicador

Hospitales que cuentan con un protocolo sobre contención mecánica

L202.4.5.

Se solicita a las CC.AA. que establezcan protocolos para reducir al mínimo el uso de sujeciones físicas en el ámbito hospitalarios así como la definición de protocolos que garanticen la seguridad y la dignidad de las personas cuando se hayan agotado, razonablemente otras medidas.

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 168 hospitales cuentan con este protocolo, lo que supone un 77,1% de los hospitales sobre los que se dispone de información. Señalar que 3 CC.AA. no han aportado datos para este indicador.



168
Hospitales
Cuentan con un
protocolo de
contención mecánica
terapéutica

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales que disponen del protocolo.

Nº de CC.AA con hospitales que cuentan con un protocolo de contención mecánica



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 69.



11 CC.AA. indican disponer de un un protocolo de uso seguro en la contención mecánica en la mayor parte de sus hospitales. Así, 4 CC.AA. en el 100% de sus hospitales y 7 CC.AA. en más del 50% de los mismos, de entre los cuales 5 CC.AA. superan el 72%.

En otras 3 Comunidades muestran porcentajes inferiores al 50%. En el apartado de discusión se comentan las actuales recomendaciones sobre contención mecánica y su prevención.

Comentarios

- La mayoría de CC.AA. dicen aplicar plan de cuidados a la mayoría de los pacientes ingresados. No obstante, estos planes deberían figurar en todos los informes de alta hospitalaria. Las diversas fuentes de datos y modo de evaluación utilizado puede explicar la variabilidad encontrada, este aspecto además de la ausencia de datos en 5 CC.AA. recomienda tomar con precaución los datos que se aportan a nivel del SNS.
- La frecuencia de las UPP aportada por las CC.AA. es variable y menor a la referida en estudios nacionales⁸. Los datos aportados por el registro CMBD hay que tomarlos con precaución debido a infra diagnósticos. Las diversas fuentes de datos y modo de medición utilizado, así como la evaluación en diferentes tipos de pacientes puede explicar estas diferencias.
- Lo mismo sucede con la frecuencia de las caídas reportadas, por tanto los datos hay que tomarlos con cautela y considerar posibles sesgos asociados.
- Solamente el 61% de las CC.AA. manifiestan disponer de un protocolo de uso seguro en la contención mecánica. Es necesario señalar que las sujeciones son el resultado de un fracaso del manejo de las situaciones de crisis con los pacientes. La orientación debería de ir sobre todo dirigida a establecer medidas preventivas, para evitar las sujeciones involuntarias⁹.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Revisar con las CC.AA. los indicadores evaluados para identificar y seleccionar para futuras evaluaciones aquellos que puedan tener una fuente de datos estandarizada.
 - Fomentar la formación y el desarrollo de productos basados en la evidencia con el fin de mejorar los cuidados en los pacientes, tanto en hospitalización como en atención primaria.
 - Promover la mejora de los registros sobre cuidados de los pacientes.
- **Para las CC.AA.**
 - Establecer acciones para mejorar el registro (a nivel del SNS y de la CC.AA.) de los eventos adversos (EA) asociados a los cuidados.
 - Establecer a nivel de la CC.AA. un grupo coordinador multidisciplinar para promover las acciones de mejora en los cuidados de los pacientes, a todos los niveles asistenciales, con especial énfasis en la prevención de las úlceras por presión y las caídas.

⁸ Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP):

<https://gneaupp.info/4o-estudio-nacional-de-prevalencia-upp-en-espana/>

⁹ Resolución del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019): Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Disponible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en>

- Establecer mecanismos (formación, protocolos, etc.) para la prevención de medidas de contención involuntaria coercitivas en pacientes con problemas de salud mental.
- **Para los centros sanitarios**
 - Los gerentes de atención primaria y de hospitales establecerán las medidas necesarias para el desarrollo de planes de cuidados individualizados que incluyan especialmente (aunque no exclusivamente) prácticas clínicas de efectividad demostrada para prevenir las úlceras por presión y las caídas.
 - Identificar líderes de enfermería que promuevan los planes de cuidados, su adecuado desarrollo y evaluación.
 - Los planes de cuidados se incluirán en la historia clínica de los pacientes y en el informe de alta hospitalaria (en pacientes ingresados) y serán evaluados y actualizados periódicamente.

L2. Objetivo 5 (05): Promover la identificación inequívoca del paciente

La identificación inequívoca de pacientes es una práctica recomendada para prevenir errores que pueden tener graves consecuencias durante el uso de los medicamentos, los procedimientos quirúrgicos, los test diagnósticos y las pruebas invasivas, entre otros.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 3 indicadores reportados por las CC.AA. para el año 2018 y que aportan información de:

- La implantación protocolos para la identificación inequívoca de pacientes hospitalizados.
- La aplicación de protocolos de identificación en pacientes que requieren procedimientos de alto riesgo.
- El empleo de protocolos para la identificación y trazabilidad de muestras biológicas.

Indicador

Hospitales con protocolo para la identificación inequívoca de pacientes

L202.5.1.

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 306 hospitales, de los 335 evaluados, cuentan con este protocolo, lo que supone un 91,3% de los hospitales sobre los que se dispone de información.



306
Hospitales con un protocolo de para la identificación inequívoca de pacientes

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales que disponen del protocolo.

Nº de CC.AA. con hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 70.

11

CC.AA. indican que el 100% de sus hospitales disponen de protocolo para la identificación inequívoca de pacientes.

Además, otras 6 CC.AA. disponen de este tipo de protocolo en más del 50% de sus hospitales, y de ellas 5 CC.AA. se encuentran en un valor superior al 83%.

Por tanto, se muestra que la implantación de esta sistemática es mayoritaria en los hospitales a nivel nacional.

Indicador

L202.5.2.

Hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes para procedimientos de riesgo

No ocurre la misma situación cuando se trata de procedimientos de alto riesgo. Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 191, de los 312 hospitales evaluados, cuentan con este protocolo, lo que supone un 61,2% de los hospitales sobre los que se dispone de información. Señalar que 2 CC.AA. no han aportado información sobre este indicador.



191
Hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes proc. riesgo

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales que disponen del protocolo.

Nº de CC.AA con hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes para procedimientos de riesgo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=18
Figura 71.



Solamente 5 CC.AA. refieren disponer de protocolo de identificación inequívoca de pacientes para procedimientos de riesgo en el 100% de sus hospitales.

Otras 6 CC.AA. señalan disponer de este protocolo en el 50% o más de sus hospitales.

Indicador

L202.5.3.

Hospitales con protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas

Los porcentajes de implantación son aún menores cuando se trata de disponer de un protocolo para la identificación y trazabilidad de muestras biológicas. Conforme a los datos reportados por las CC.AA. para el año 2018:

Durante el año 2018, los datos aportados por las CC.AA. indican que 191 hospitales, de los 314 evaluados, cuentan con este protocolo, lo que supone un 60,8% de los hospitales sobre los que se dispone de información. Señalar que 2 CC.AA. no han aportado información sobre este indicador.



191
Hospitales con protocolo de identificación y trazabilidad muestras biológicas

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales que disponen del protocolo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 72.



3 CC.AA. refieren disponer este protocolo en el 100% de sus hospitales y 9 CC.AA. se encuentran en valores iguales o superiores al 50% (sólo 3 de ellas en % superior al 88%). 3 CC.AA. lo tienen en menos del 50% de sus hospitales y 1 CC.AA. señala que en ningún hospital.

Comentarios

- Un total de 16 CC.AA. manifiestan que han implantado protocolos para la identificación inequívoca de pacientes en más del 80% de sus hospitales. Sin embargo, este indicador no permite medir si se aplican las recomendaciones de los protocolos para asegurar la correcta identificación de los pacientes ingresados.
- La implantación de protocolos para la identificación de pacientes sometidos a procedimientos de riesgo es baja. Solo 5 CC.AA. manifiestan tenerlo para el 100% de sus hospitales.
- El indicador que mide la implantación de protocolos para la identificación y trazabilidad de muestras biológicas muestra los resultados más bajos de esta serie de indicadores. Solo 3 CC.AA. manifiestan tenerlo en el 100% de sus hospitales.
- Estos indicadores miden aspectos estructurales (existencia o no de protocolos) por lo que no permiten medir si se aplican las recomendaciones de los protocolos para lo que serían necesarios otros indicadores o auditorías específicas.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Difundir a las CC.AA. los resultados de estos indicadores e identificar, para futuras evaluaciones, aquellos más válidos y útiles para identificar mejoras en la adecuada identificación de los pacientes hospitalizados.
 - Promover a través de la Red de Escuelas para la Ciudadanía información para la implicación de los pacientes hospitalizados en su adecuada identificación, en

particular cuando sean sometidos a tratamientos o procedimientos de especial riesgo.

- **Para las CC.AA.**
 - Implantar en todos los hospitales de la CC.AA. sistemas estandarizados, preferiblemente automatizados, para la identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas.
 - Fomentar la evaluación de los protocolos aplicados para la identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas.
- **Para los centros sanitarios**
 - Desarrollar acciones específicas de formación para los profesionales del centro sobre la importancia de la adecuada identificación de los pacientes y sus muestras biológicas durante todo el circuito de procesamiento, y su comprobación principalmente en el caso de tratamientos o procedimientos de especial riesgo.
 - Realizar evaluaciones periódicas del proceso de identificación inequívoca de los pacientes. Identificar las causas de los errores y los momentos en los que se producen para poder implantar mejoras a futuro.
 - Incorporarlo en los planes de calidad y seguridad del paciente.

L2. Objetivo 7 (07): Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios

Ante la variabilidad existente en el SNS, se acordó con las CC.AA. la necesidad de evaluar y promover la existencia de protocolos para la gestión adecuada de eventos adversos graves que dieran respuesta a las necesidades de los pacientes, los profesionales y las instituciones sanitarias.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 2 indicadores que recogen información:

de los hospitales de las CC.AA. Estos indicadores se centran en:

- La implantación por los hospitales de planes para el abordaje de Eventos Adversos (EA) graves.
- La implantación por los CAP de planes para el abordaje de Eventos Adversos (EA) graves.

Indicador

L202.7.1 y 2.

Hospitales y CAP con plan de abordaje de EA graves

Durante el año 2018, los datos aportados por 16 CC.AA. indican que 148 hospitales cuentan con este plan, lo que supone un 63% de los hospitales sobre los que se dispone de información. En el caso de los CAP son 1.117 los centros que disponen de un plan de abordaje de EA graves, lo que supone el 55,5% de los CAP sobre los que se ha aportado información.



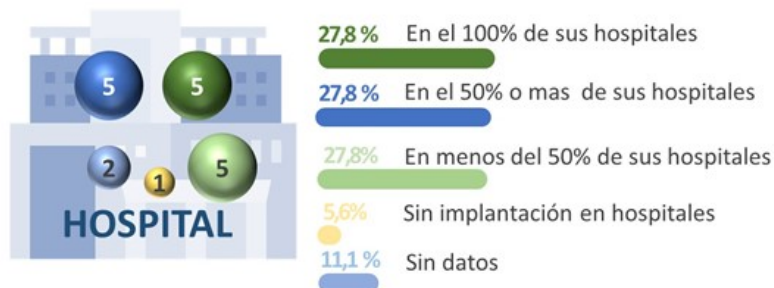
Figura 73.

Señalar que dos CC.AA. no han aportado información sobre los resultados de hospitales. En el caso de CAP, cuatro CC.AA. no han podido ofrecer datos para este indicador.

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales que disponen del plan.

En los hospitales:

Nº (%) de CC.AA con plan de abordaje de EA graves en sus hospitales



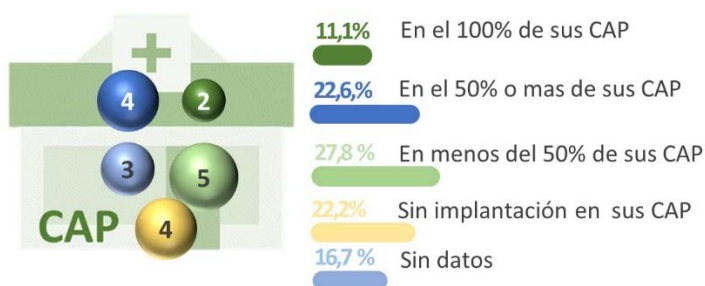
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 74.

5 CC.AA. cuentan con plan de abordaje en todos sus hospitales, en otras 5 se encuentra implantado en más del 50% de sus hospitales. 1 CA no ha implantado este plan en sus centros.

En el caso de los CAP:

Nº (%) de CC.AA con plan de abordaje de EA en sus CAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 75.

2 CC.AA. disponen de este plan en el 100% de sus centros y 4 en más del 50% de ellos. Señalar que en 4 CC.AA. la información aportada indica que no se ha implantado dicho plan para CAP.

La existencia de planes para la gestión de EA graves es mucho mayor en hospitales que en CAP.

10 En hospitales 10 CC.AA. (5+5) lo tienen en al menos 50% de sus centros.

6 En CAP 6 CC.AA. (2+4) lo tienen en el al menos el 50% de sus centros.

Comentarios

- Según los datos aportados en este informe, la existencia de planes o estrategias para la gestión de EA graves es escasa en el SNS y con amplio margen de mejora.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Desarrollar en el marco del Convenio entre el MS y la Sociedad Española de Calidad Asistencial y en colaboración con las CC.AA. y expertos en el ámbito jurídico, recomendaciones para la gestión de los EA graves en el SNS.
 - Difundir, en colaboración con las CC.AA., las recomendaciones establecidas a los centros sanitarios.
 - Colaborar con las CC.AA. y otras instituciones en la mejora del apoyo a pacientes que han sufrido EA y a las segundas víctimas, es decir, los profesionales que han visto implicados en los mismos.
 - En el marco de la colaboración antes mencionada, diseñar y desarrollar un plan de acción a corto, medio y largo plazo para impulsar una propuesta de reforma legislativa en España sobre seguridad del paciente.
 - Difundir, de forma anonimizada, los eventos adversos graves analizados, de cara a facilitar el aprendizaje para que su probabilidad de aparición sea más infrecuente.
- **Para las CC.AA.**
 - Impulsar el desarrollo de planes para la adecuada gestión de los EA graves tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.
 - Establecer acciones de formación sobre aspectos de atención a los pacientes y profesionales implicados en eventos adversos graves.
- **Para los centros sanitarios**
 - Establecer un plan de gestión de EA graves adaptado a las circunstancias del centro sanitario que contemple actuaciones con los pacientes/familiares afectado y profesionales implicados.

L2. Objetivo 8 (08): Promover el uso seguro de radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

En el convenio establecido entre el MS y el Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), se establecen una serie de recomendaciones-recogidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS- que responden a la Directiva Europea del año 2013 sobre Protección Radiológica, posteriormente traspuesta parcialmente al derecho español a través del Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas¹⁰. Actualmente se están actualizando los Reales de Decretos de calidad en las unidades asistenciales de Medicina Nuclear, Radioterapia y Radio diagnóstico para adaptarlos a la normativa europea y las evidencias actuales.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 3 indicadores que recogen información de los hospitales de las CC.AA. Estos indicadores se centran en:

- La formación de profesionales de los Servicios de Pediatría sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante.
- La elaboración de Mapas de Riesgos de los procesos en Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear.
- La elaboración de un informe anual que recoja los incidentes de seguridad en la Unidad de radioterapia.

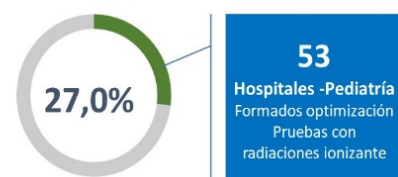
A continuación, se exponen los resultados de 2018 reportados por las CC.AA. para los indicadores relacionados. Señalar que Cataluña no puede obtener información de ninguno de estos indicadores de sus sistemas.

Indicador

L202.8.1.

Servicios de Pediatría que han recibido formación sobre optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante

Durante el año 2018, los datos aportados por 16 CC.AA. indican que 53 Servicios de pediatría, de 193 hospitales evaluados, han recibido formación sobre optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante, lo que supone un 27,5% de los Servicios de pediatría sobre los que se ha remitido información. Señalar que 2 CC.AA. no han aportado información sobre este indicador.



Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de Servicios de pediatría que han recibido esta formación.

¹⁰ Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas:
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2019/10/18/601>

Nº de CC.AA que cuentan con Servicios de Pediatría que han recibido formación sobre optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante y su nivel de implantación



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=18

Figura 76.



Los datos aportados indican una baja implantación de esta medida en los hospitales. Una CA refiere que se ha formado a sus profesionales en el 100% de sus servicios y 3 CC.AA. indican la formación de sus profesionales en un % igual o superior al 50%.

Así mismo, se observan 8 CC.AA. con una implantación inferior o muy inferior al 50% de sus hospitales y 4 CC.AA. refieren no haber implantado esta medida en sus servicios de pediatría.

Indicador

L202.8.2.

Hospitales que realizan un mapa de riesgos de los procesos de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina nuclear

Durante el año 2018, los datos aportados por 15 CC.AA. indican que 33 hospitales, de los 95 evaluados, disponen de un mapa de riesgos de los procesos de una U. de Radioterapia y/o Medicina nuclear, lo que supone un 34,7% de este tipo de unidades sobre los que se ha remitido información. Señalar que 3 CC.AA. no han aportado información sobre este indicador.



33
Hospitales
Con mapa riesgos en
U. Radioterapia y /o
Medicina nuclear

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. con un % similar de hospitales que cuentan con este informe.

Nº de CC.AA que cuentan con Hospitales con un mapa de riesgos de los procesos de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=18

Figura 77.



Solamente 4 CC.AA. refieren realizar un mapa de riesgos de los procesos de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear de todos sus hospitales y 3 CC.AA. lo han elaborado en un porcentaje entre el 50% y el 70% de sus hospitales.

Además, 5 CC.AA. lo han elaborado en un % inferior al 50% de sus hospitales; entre ellas, 2 CC.AA. refieren tener implantada esta medida en menos del 20% de sus hospitales. 3 CC.AA. no han implantado esta práctica en ninguno de sus hospitales.

Indicador

L202.8.3.

Hospitales en los que se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia

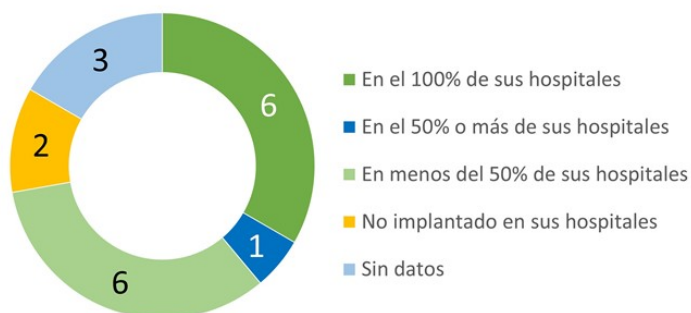
Durante el año 2018, los datos aportados por 15 CC.AA. indican que 36 hospitales, de los 93 evaluados, han elaborado dicho informe, lo que supone un 38,7% de las unidades de este tipo sobre las que se ha remitido información. Señalar que 3 CC.AA. no han aportado información sobre este indicador.



36
Hospitales
Con informe de incidentes de seguridad en Unidad de Radioterapia

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de hospitales con este informe:

Nº de CC.AA que cuentan con Hospitales que elaboran un informe anual que recoge los incidentes de seguridad en la Unidad de Radioterapia



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=18
Figura 78.



6 CC.AA. refieren que todos sus hospitales elaboran el citado informe y 1 lo elabora en el 75% de sus hospitales. 6 de ellas lo elaboran en un % de entre el 13 y el 40% y 2 CC.AA. no han implantado esta medida.

Comentarios

- La formación continuada a pediatras de los hospitales sobre optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiaciones ionizantes es baja. Solamente el 25% de las 16 CC.AA. que aportan datos, han realizado esta formación en más del 50% de sus hospitales con servicios de pediatría.
- La realización de mapas de riesgo en las unidades de Medicina Nuclear o de Radioterapia es baja. Solamente el 47% de las 15 CC.AA. que aportan datos han realizado estos mapas en más del 50% de sus hospitales con dichas unidades.
- La realización de informes sobre incidentes de seguridad en las unidades de radioterapia es baja. Solamente el 47% de las 15 CC.AA. que aportan datos han realizado estos informes en más del 50% de sus hospitales con dichas unidades.
- Los procedimientos evaluados a través de los indicadores mencionados vienen avalados por la actual normativa vigente recogida en el Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Fortalecer la colaboración entre el MS y el CSN materia de protección del uso de radiaciones ionizantes con fines médicos.

- Difundir a las CC.AA. los incidentes por radiaciones ionizantes registrados en los sistemas de notificación de incidentes de seguridad del SNS y recomendaciones para evitar su repetición.
 - Finalizar el desarrollo para su aprobación, de los Reales Decretos por los que se establecen los criterios de calidad en Medicina nuclear, radioterapia y radiodiagnóstico.
 - Asegurar que se desarrollan Programas de Garantía de Calidad en todos aquellos servicios que trabajen con radiaciones ionizantes, especialmente en los servicios de radioterapia y medicina nuclear.
 - Formalizar el establecimiento de un grupo de coordinación a nivel del SNS para conocer, establecer recomendaciones e informar sobre los programas de garantía de calidad y seguridad en el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos, desarrollados por las CC.AA.
 - Identificar y compartir buenas prácticas sobre el uso seguro de radiaciones ionizantes con fines médicos.
 - Facilitar la participación española en proyectos internacionales sobre el uso seguro de radiaciones ionizantes con fines médicos.
- **Para las CC.AA.**
- Asegurar el establecimiento en los centros sanitarios de Programas de Garantía de Calidad y Seguridad en radiaciones ionizantes, elaborados de acuerdo con protocolos nacionales o internacionales actualizados.
 - Establecer un grupo coordinador, a nivel de CC.AA., para asegurar el seguimiento de las normas establecidas sobre el uso seguro de las radiaciones ionizantes de uso médico.
 - Desarrollar acciones para la formación de los médicos prescriptores sobre el uso de procedimientos en radiaciones ionizantes.
 - Promover la evaluación interna y externa de los programas de Calidad y Seguridad de radiaciones ionizantes con fines médicos, en los centros sanitarios.
 - Desarrollar acciones para mejorar la información a los prescriptores sobre las dosis efectivas recibidas por los pacientes.
 - Identificar y compartir buenas prácticas sobre el uso seguro de radiaciones ionizantes con fines médicos.
 - Fomentar el registro dosimétrico en la documentación clínica del paciente.
- **Para los centros**
- Establecer un Programa de Garantía de Calidad y Seguridad en el uso de radiaciones ionizantes de uso médico, elaborado de acuerdo con protocolos nacionales o internacionales actualizados y adaptado a las circunstancias del centro sanitario.
 - Establecer una comisión que asegure la implantación y seguimiento del programa.
 - Garantizar la adecuada formación de los profesionales implicados en el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos, así como la evaluación de los cursos obligatorios a los residentes en ciencias de la salud.
 - Establecer mecanismos para la notificación, gestión y comunicación adecuada de los incidentes relacionados con el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos.

L3. Línea estratégica 3

Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes

La gestión de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria permite la identificación y análisis de los riesgos, así como el estudio de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, especialmente de los eventos centinela, permitiendo el desarrollo de planes enfocados a su prevención y a la difusión a los profesionales de los logros obtenidos.

El empleo de sistemas de notificación de incidentes permite compartir información, resolver los problemas detectados y aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores, contribuyendo a la mejora del clima de seguridad en los centros sanitarios.

L3. Objetivo 1 (01): Promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios

La gestión del riesgo en las organizaciones sanitarias está orientada a mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones a través de acciones que a través del uso de herramientas específicas, permitan mejorar la identificación de los errores, disminuir su probabilidad y mitigar sus consecuencias.

Con esta finalidad, se recomienda a los centros sanitarios promover la gestión adecuada de los riesgos a través de unidades específicas, como las Unidades de Gestión de Riesgos (UGR).

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 2 indicadores que se centran en la identificación de hospitales y CAP que cuentan con UGR.

Indicador

Hospitales y CAP con UGR funcionando

L303. 1. y 2.

En el caso de hospitales, las 17 CC.AA. que han aportado datos para este indicador señalan que 314 hospitales disponen de UGR funcionando o comisión de seguridad, lo que supone un 89% de los centros sobre los que se ha remitido información.

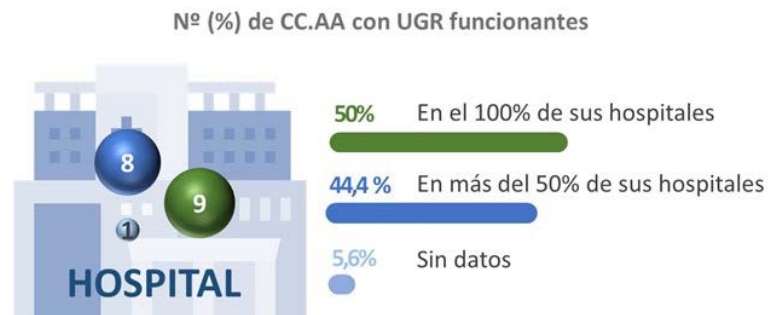
En cuanto a los CAP, 1.180 centros han indicado que disponen de estas unidades, lo que supone un 59,7% de los centros sobre los que se ha remitido información. En este último caso 3 CC.AA. no han aportado datos.



Figura 79.

Analizando los datos por CC.AA., en siguiente figura se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con un % similar de centros con Unidades de Gestión de riesgos funcionantes:

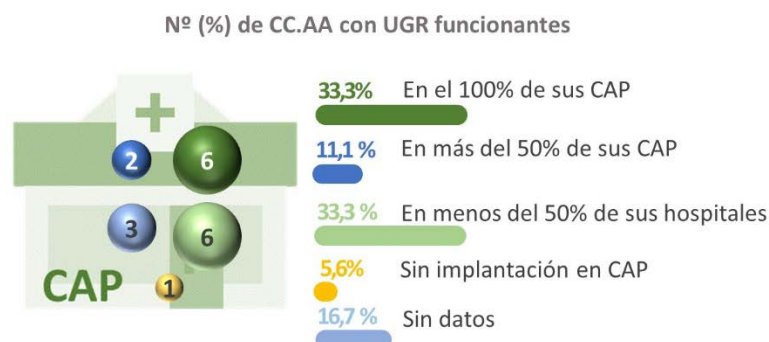
En los hospitales:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 80.

En los CAP:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 81.

Los datos aportados por las CC.AA. ponen de manifiesto que la disposición de UGR funcionantes está ampliamente extendida en los hospitales:

9

CC.AA. disponen de UGR en el 100% de sus hospitales y 8 CC.AA. en un % entre el 71% y el 93% de sus hospitales.

6

En el caso de los CAP la implantación de las UGR no se encuentra tan extendida: CC.AA. refieren disponer de este tipo de Unidades en el 100% de sus centros, 2 CC.AA. en más del 75% de sus CAP y 6 CC.AA. aún refieren un % de implantación inferior al 50%. 1 CC.AA. indica no haber implantado esta medida en sus centros.

L3. Objetivo 2 (02): Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje

El MS ha impulsado la implantación de sistemas de notificación voluntaria de incidentes de seguridad en el SNS.



Figura 82.

Actualmente, once CC.AA. cuentan con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) desarrollado por el MS como sistema de notificación, al alcance de los profesionales sanitarios a través de sus servicios regionales de salud, mientras que el resto de Comunidades Autónomas han desarrollado sus propios sistemas de notificación.

Promover su implantación efectiva en todos los hospitales y CAP e incentivar la notificación de incidentes, la retroalimentación de la información a los profesionales, y la publicación y la difusión de la información relacionada con los

incidentes de seguridad, sean o no con daño, permite utilizar estos sistemas como herramientas para compartir experiencias y prevenir errores.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de 25 indicadores que recogen:

- Los primeros ocho indicadores, que aquí se muestran, han sido obtenidos a partir de la información aportada por las CC.AA. en relación con la disponibilidad de un sistema de notificación de incidentes en hospitales y CAP, notificaciones de incidentes en estos centros y su agrupación considerando si han producido o no daño, si son relacionados con medicamentos o con Radiodiagnóstico (RDI).
- Los 17 indicadores restantes, se han obtenido de la información facilitada por el SINASP, en los que se presenta información relacionada con el número de notificaciones en hospitales y CAP, su gravedad, tiempos empleados para la gestión de las notificaciones y difusión de las acciones emprendidas.

A continuación, se exponen los datos de los indicadores reportados por las Comunidades Autónomas para 2018 y la información obtenida del propio SINASP.

Indicador

Hospitales y CAP con sistemas de notificación de incidentes

L303.2.1. y 2.

Estos sistemas 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.

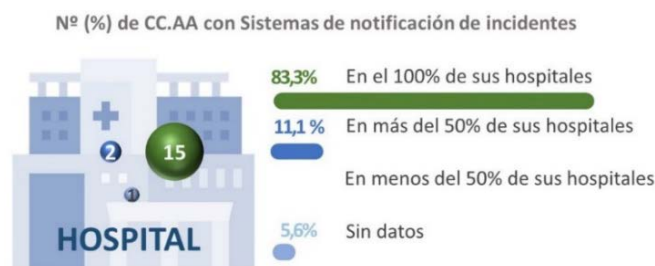
Según los datos aportados por las CC.AA. para 2018, 320 hospitales disponen de estos sistemas, lo que supone un 94,7% de los hospitales sobre los que se han remitido información 17 CC.AA. En el caso de los CAP, 1.945 centros de salud disponen de sistemas de notificación de incidentes, según los datos aportados por 16 CC.AA., lo que supone que el 83,8% de los CAP cuenta con un sistema de notificación de incidentes.



Figura 83.

Analizando los datos por CC.AA., en el siguiente gráfico se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de implantación del sistema de notificación.

En los hospitales:

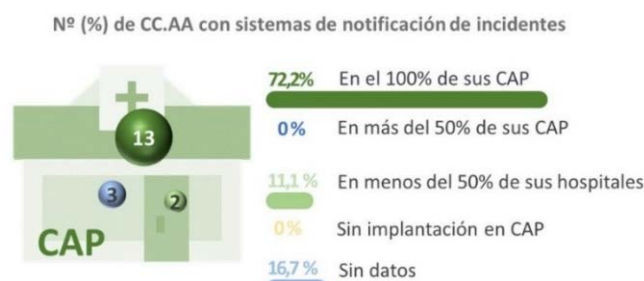


Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 84.

15 CC.AA. cuentan con sistemas de notificación de incidentes en el 100% de sus hospitales y 2 CC.AA. más cuentan con este sistema en más del 77% de sus hospitales.

En los CAP:



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA. n = 18

Figura 85.

13

CC.AA. refieren disponer de estos sistemas en el 100% de sus CAP. Señalar que, 2 CC.AA. señalan disponen de sistemas de notificación de incidentes en menos del 20% de sus CAP.

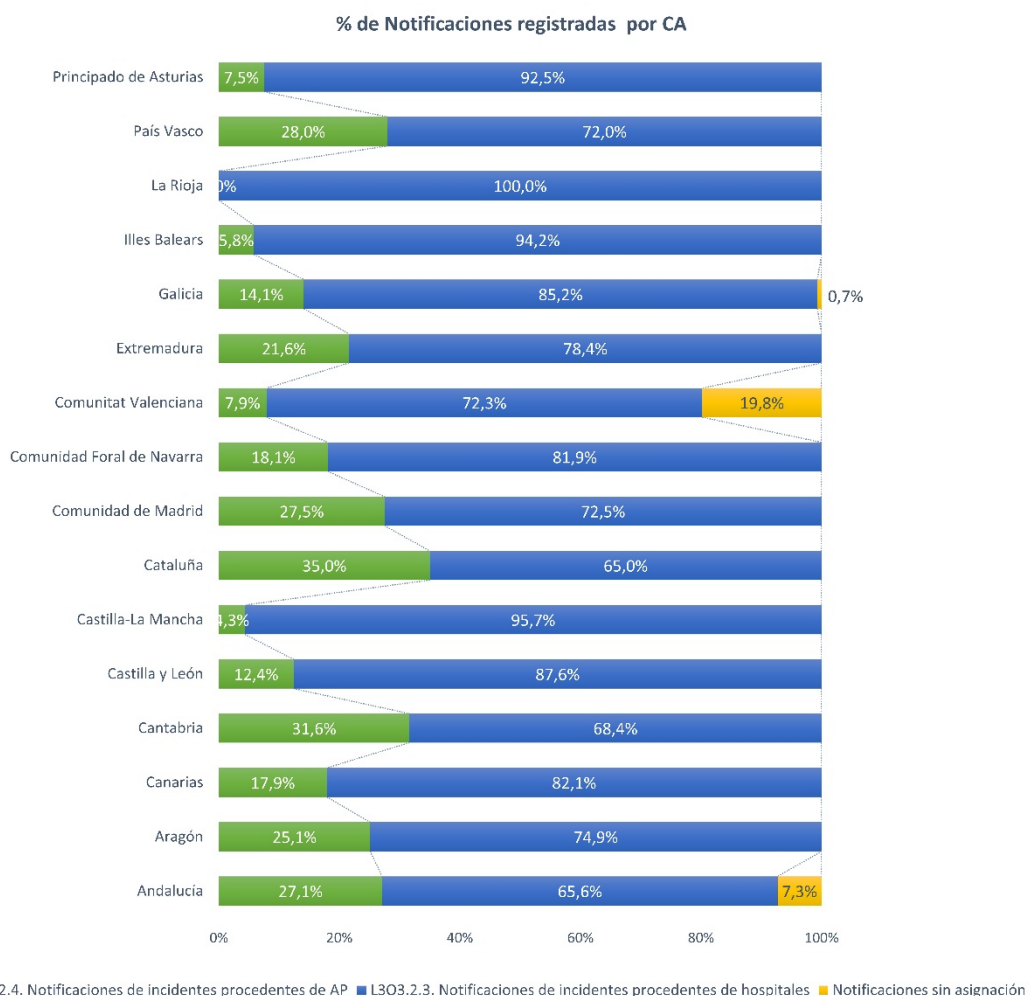
Indicador

Notificaciones de incidentes procedentes de Hospitales y CAP

L303.2.3. y 4.

Durante el año 2018, los sistemas de notificación de las CC.AA. han registrado un total de 51.697 incidentes*, según los datos aportados por las 16 CC.AA. que han respondido a este indicador.

El siguiente gráfico muestra para cada CC.AA. la distribución de estas notificaciones. A fin de simplificar su visualización, no se han incluido en este gráfico las CC.AA. que no han respondido.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=16

Figura 86.

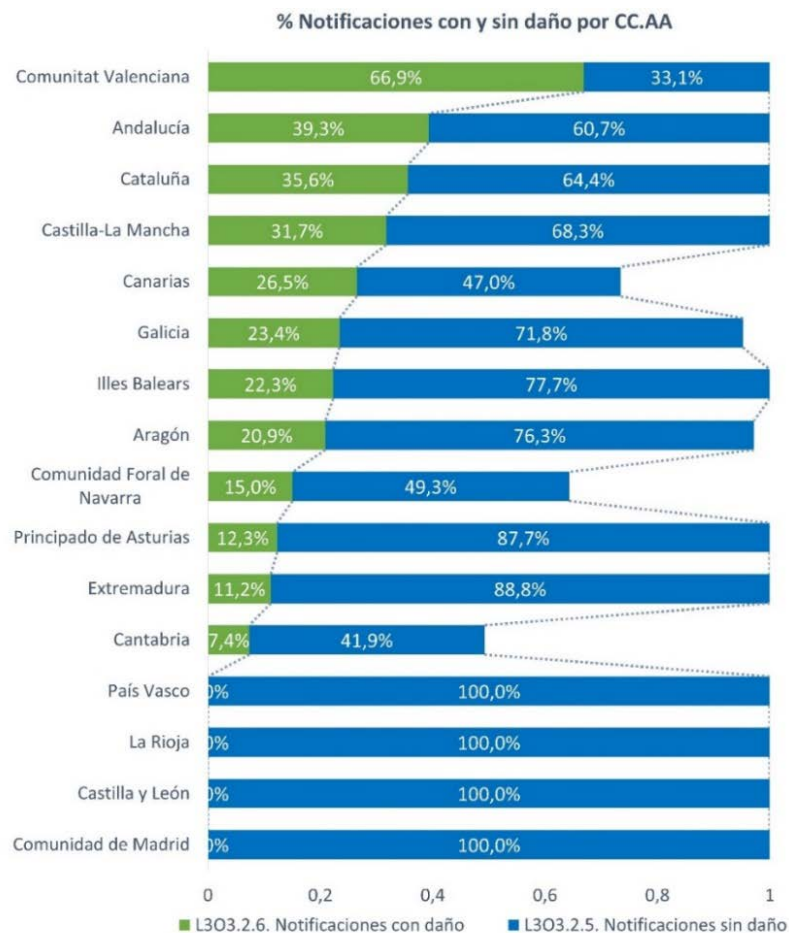
*NOTA 1: Señalar que no se han aportado datos completos sobre la clasificación de todas las notificaciones por parte de las CC.AA., por lo que puede presentarse una relación global coherente entre las que proceden de hospitales/AP.

Indicador

Notificaciones con y sin daño

L303.2.5. y 6.

El siguiente gráfico muestra para cada una de las 16 CC.AA. que han respondido, la distribución de estas notificaciones con y sin daño durante el año 2018*. A fin de simplificar su visualización, no se han incluido en este gráfico aquellas CC.AA. que no han aportado resultados para este indicador (ni para notificaciones con daño ni sin daño).



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=16

Figura 87.

*NOTA 1: Señalar adicionalmente que 5 CC.AA. no han enviado información sobre la tipificación de la totalidad de los incidentes notificados, por lo que la suma de los % no corresponde con el 100%.

*NOTA 2: En la Comunidad de Madrid, Castilla y León, La Rioja y el País Vasco, los sistemas de notificación no recogen incidentes con daño.

De las CC.AA. que han aportado datos, solo en una de ellas se ha informado de un porcentaje de incidentes con daño mayor al 66%. En cuanto al % de incidentes sin daño, y a excepción de las CC.AA. que solo reportan incidentes sin daño, se observa en una CC.AA. un valor máximo de 88,8% de notificaciones sin daño.

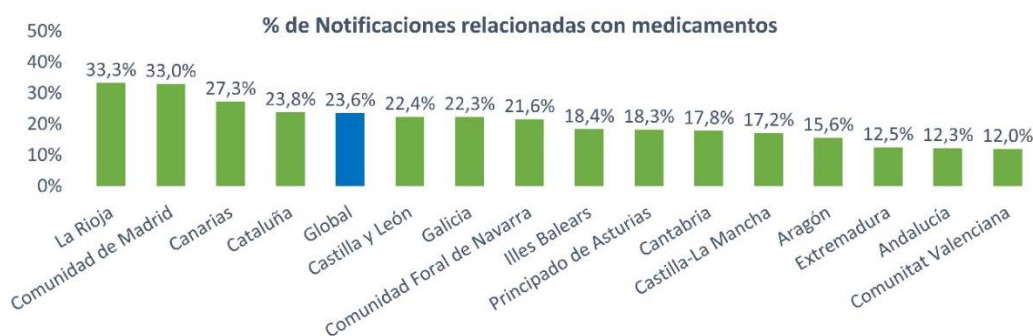
Indicador

Notificaciones relacionadas con medicamentos

L303. 2.7.

De las notificaciones registradas en los sistemas de las CC.AA. durante el año 2018, 11.026 corresponden a incidentes relacionados con medicamentos (prescripción, dispensación, administración, uso...).

El siguiente gráfico muestra la distribución del % de notificaciones por CC.AA. A fin de simplificar su visualización, no se han incluido en este gráfico aquellas CC.AA. que no han podido aportar datos para este indicador*.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=15

Figura 88.

2 CC.AA. indican que el 33% de sus incidentes están relacionados con medicamentos, 5 CC.AA. indican que entre el 20 y el 30% de los incidentes son de este tipo, mientras que 7 CC.AA. se encuentran por debajo de este valor.

*NOTA: Se observan discrepancias entre el número total de notificaciones en el sistema indicadas en el indicador L303.2.3. y 4. y las referidas para este indicador en las CC.AA. de Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Illes balears y Extremadura, por los que los % de notificaciones relacionadas con medicamentos en estas CC.AA. podrían variar levemente.

Indicador

Notificaciones relacionadas con radiaciones ionizantes de uso médico

L303.2.8.

De las notificaciones registradas en los sistemas de las CC.AA. durante el año 2018, 126 corresponden a incidentes relacionados con radiodiagnóstico.

El siguiente gráfico muestra la distribución de % de notificaciones para cada una de las 12 CC.AA. que han aportado datos. A fin de simplificar su visualización, no se han incluido en este gráfico aquellas CC.AA. para las que no se dispone de información*.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de las CC. AA para 2018. n=12

Figura 89.

La información aportada indica que el valor más alto se encuentra en una única CC.AA. con un valor del 1,2% y 6 CC.AA. se encuentran con valores comprendidos entre el 0,8-0,2% de notificaciones.

Por otro lado, 4 CC.AA. no presentan notificaciones de este tipo.

*NOTA 1: Se observan discrepancias entre el número total de notificaciones en el sistema indicadas en el indicador L3O3.2.3. y 4. y las referidas para este indicador en las CC.AA. de Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, por los que los % de notificaciones relacionadas con RDI en estas CC.AA. podrían variar muy levemente.

Indicadores relacionados con las notificaciones incluidas en el SiNASP y su gestión

El SiNASP es un sistema de notificación de incidentes de seguridad promovido por el MS para su uso en el SNS, que recoge información sobre todo tipo de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, entendiendo como tales los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Con estas consideraciones, los incidentes se clasifican como:

- Incidentes que no llegaron al paciente: circunstancia o incidente con capacidad de causar un error o fallo que podría haber causado un daño pero no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de llegar al paciente.
- Incidentes que sí llegaron al paciente sin causar daño.
- Incidentes que sí llegaron al paciente y le han producido daño: Eventos adversos.

El SiNASP recoge datos de todos estos tipos de incidentes, puesto que todos ellos aportan información relevante para el aprendizaje.

El proceso de gestión de incidentes de seguridad con el SiNASP sigue un proceso estructurado compuesto por seis fases, que comienza con la detección del incidente por parte de un profesional sanitario y termina con la información a todos los trabajadores de la organización sobre el trabajo realizado.



Figura 90. Fases del proceso de Gestión de incidentes del SINASP

A continuación se describen la relación de indicadores relacionados con la gestión de los incidentes obtenidos del SINASP para el periodo 2015-2018.

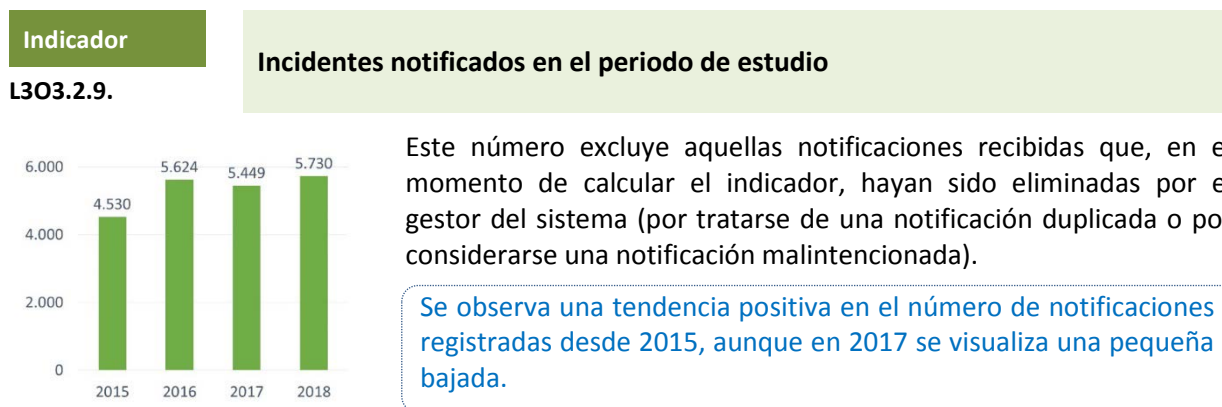


Figura 91. Incidentes notificados en el periodo de estudio

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SINASP

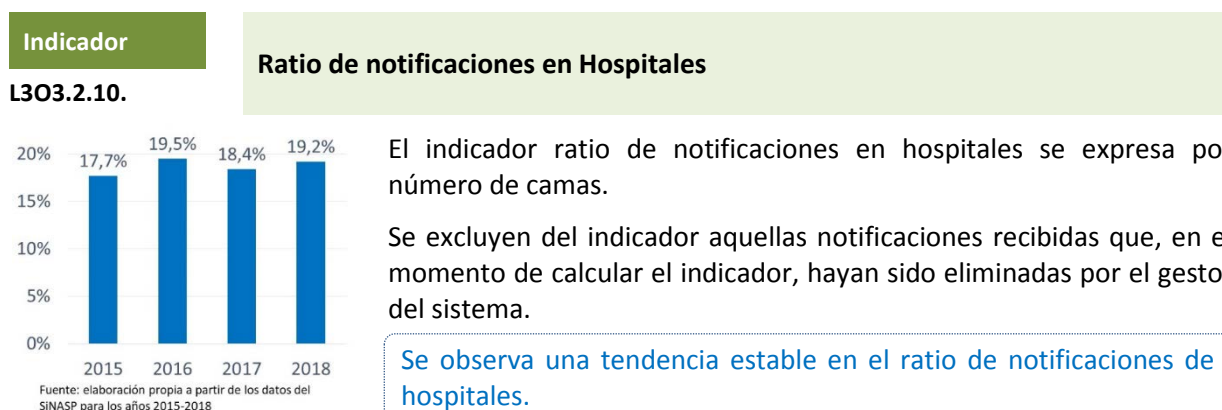


Figura 92. Ratio de notificaciones en Hospitales

Indicador

L303.2.11.

Ratio de notificaciones en CAP



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del SiNASP para los años 2015-2018

Figura 93. Ratio de notificaciones en CAP

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), siendo el número de notificaciones en el año 2015, 515; en el año 2016, 709; en el año 2017, 796; y en el año 2018, 821. En la figura de la izquierda aparecen las notificaciones expresadas por porcentaje de consultas.

Aunque se han obtenido los datos generales para el periodo de estudio, realmente las notificaciones registradas corresponden a tres CC.AA., por tanto los datos de este indicador deben tomarse con cautela.

Indicador

L303.2.12.

Gravedad de los incidentes notificados



Figura 94. Gravedad de los incidentes notificados.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

El Severity Assessment Code (SAC) 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.

De entre los 5 niveles de SAC, el SAC 1 y el SAC 2 son los dos niveles con más riesgo; los incidentes con estos niveles de riesgo son los considerados en este indicador.

Desde el año 2016, en que alcanzó su máximo nivel, se observa una reducción progresiva del % de notificaciones con dichos niveles de riesgo.

Indicador

L303.2.13.

Identificación del notificante



Figura 95. Identificación del notificante.
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Aunque la aplicación SiNASP elimina automáticamente el nombre y la dirección de email del notificante tras un breve periodo de tiempo, 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.

Los datos extraídos indican un repunte en el número de notificantes que se identifican durante el registro del incidente desde el año 2016, alcanzando en 2018 un incremento de 4 puntos porcentuales.

Indicador

L303.2.14.

Tiempo medio de asignación de notificaciones (días)

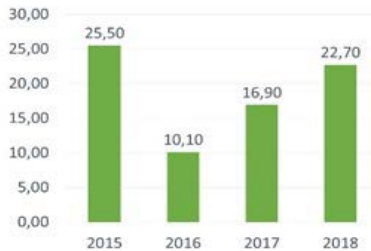


Figura 96. Tiempo medio de asignación de notificaciones (días).
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SINASP

Se considera como “Tiempo de asignación de la notificación a un gestor”, el 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.

Se observan unos tiempos de gestión (en días) elevados con una tendencia al alza a lo largo de los diferentes años.

Indicador

L303.2.15.

Tiempo medio de gestión de las notificaciones (días)



Figura 97. Tiempo medio de gestión de las notificaciones (días).
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Se considera “Tiempo de gestión de la notificación” al 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.

Desde el año 2017 se observa un incremento del tiempo medio en la gestión de notificaciones, especialmente durante el año 2018.

Indicador

L303.2.16.

Notificaciones ≥ 1 mes no gestionadas



Figura 98. Notificaciones ≥ 1 mes no gestionadas.
Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

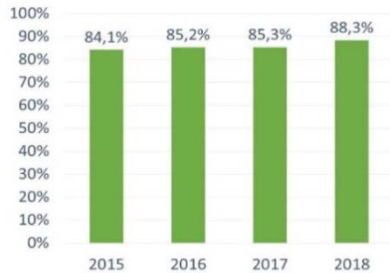
Se entienden como tales aquellas que mantienen su estado como “abierto”, indicando que aún no se ha terminado su gestión (pendiente de establecer las recomendaciones de mejora y las acciones de gestión de la notificación).

Al igual que en el caso anterior, se observa una tendencia al alza de más de 4 puntos porcentuales, de notificaciones que superan el mes sin haber sido gestionadas, tanto en hospitales como en CAP.

Indicador

L303.2.17.

Notificaciones con acciones de gestión documentadas



Se incluyen aquellas notificaciones que, en el periodo de evaluación considerado, se encuentran en estado "cerrado" y para las que el gestor ha cumplimentado el apartado "Gestión de la notificación" seleccionando alguna/s de las acciones disponibles.

Su evolución permanece estable a lo largo de los últimos años, encontrándose que un 88% de notificaciones en 2018 cuentan con acciones establecidas para su análisis de causas/riesgos.

Figura 99. Notificaciones con acciones de gestión documentada.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Indicador

L303.2.18.

Notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR



Se incluyen aquellas notificaciones SAC 1 y SAC 2 en estado "cerradas" para las que el gestor ha seleccionado como método de gestión la "investigación mediante Análisis de Causa Raíz (ACR)" o la "Investigación mediante versión simplificada de ACR".

Se observa una evolución positiva a lo largo de los últimos 4 años. Sin embargo, el % de ACR completo o simplificado aún se encuentra alrededor del 21%.

Este análisis se encuentra en valores aún más bajos en el caso de notificaciones de este tipo procedentes de CAP.

Figura 100. Notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Indicador

L303.2.19.

Notificaciones con indicación de ACR



Se incluyen en ellas aquellas notificaciones en estado "cerradas" para las que el gestor ha seleccionado como método de gestión la "investigación mediante Análisis de Causa Raíz (ACR)" o la "Investigación mediante versión simplificada de ACR".

Se observa una evolución positiva a lo largo de los últimos 4 años. Sin embargo, el % de ACR aún se encuentra alrededor del 6%.

Figura 101. Notificaciones con indicación de ACR.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Indicador

L303.2.20.

Notificaciones con indicación de ACR finalizados



Figura 102. Notificaciones SAC 1 y SAC 2 con indicación de ACR.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Se incluyen en ellas aquellas notificaciones en estado “cerradas” para las que se ha finalizado el ACR (plan de mejora establecido pero no implantado) en el plazo establecido.

Se observa una evolución positiva a lo largo de los últimos 4 años. Sin embargo, el % de ACR finalizados en plazo aún se encuentra alrededor del 4%.

Considerando las notificaciones procedentes de hospitales y CAP, conviene señalar que en CAP prácticamente no existen notificaciones con indicación de ACR finalizadas.

Indicador

L303.2.21.

Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones



Figura 103. Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

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.

Desde el año 2016 se observa una tendencia negativa en el número de reuniones realizadas.

Considerando la información desagregada, en los CAP prácticamente no se realizan.

Indicador

L303.2.22.

Envío de mail a notificantes



Figura 104. Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

El SiNASP registra los emails de feedback que se han enviado al notificante de un incidente en respuesta a la notificación.

En este indicador se consideran aquellas notificaciones “cerradas” en las que hay registro de al menos un email enviado y que cuentan con la dirección de mail del notificante (ya que su cumplimiento es voluntaria).

Los datos obtenidos indican que se mantiene una tendencia mas o menos estable, alrededor del 75% durante 2015,16 y 17, con una ligera mejoría en el año 2018.

Indicador

L303.2.23.

Informes guardados en el sistema



Figura 105. Informes guardados en el sistema.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

El resultado de este indicador refleja el 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.

Durante los años 2017 y 2018 se observa una disminución en el número de informes guardados en el sistema. En el caso de los CAP prácticamente no se registran informes.

Indicador

L303.2.24.

Informes difundidos a los profesionales



Figura 106. Informes difundidos a los profesionales.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

Este indicador considera los informes de feedback que han sido finalizados y distribuidos a los profesionales del centro en el periodo analizado.

Estos medios deben permitir alcanzar a un porcentaje importante de los profesionales sanitarios (intranet, correo electrónico, tableros de anuncios de las unidades, etc.).

Durante el año 2016 se registró un incremento de informes difundidos respecto a 2015. Sin embargo durante 2017 y 18, este número desciende considerablemente. En el caso de los CAP prácticamente no se difunden informes.

Indicador

L303.2.25.

Sesiones de presentación de casos



Figura 107. Sesiones de presentación de casos.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos del SiNASP

En este indicador se contabilizan las sesiones realizadas 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.

Durante los últimos 4 años se observan pequeñas variaciones interanuales. En el caso de los CAP solamente se realizan sesiones de presentación de casos en 2 CC.AA.

Comentarios

- La existencia de UGR funcionantes operativas en hospitales es destacada en el SNS. El 94,5% de las 17 CC.AA. que han respondido a este indicador, señalan que tienen UGR funcionantes en sus hospitales, de ellas el 53% en el 100% de los mismos.
- La existencia de UGR funcionantes operativas en AP es menor. El 93,4% de las 15 CC.AA. que han respondido a este indicador, señalan disponer de UGR funcionantes en sus CAP, de ellas el 50% en el 100% de sus CAP.
- El 100% de las CC.AA. del SNS disponen de sistemas de notificación de incidentes de seguridad. El 95% de las 17 CC.AA. que ha respondido, señalan tenerlo implantado en el 100% de sus hospitales. El 87% de CC.AA. declara tenerlo implantado en el 100% de sus CAP (de las 15 CC.AA. que han respondido).
- El número de incidentes de seguridad notificados a nivel del SNS es bajo y es variable entre las diferentes CC.AA. Algunas CC.AA. incluyen entre sus incidentes por medicamentos los registrados a través de sus sistemas de farmacovigilancia lo que explica, en parte, la diferencia con los registrados en el SiNASP, que suponen el 11% de todos los registrados en el SNS.
- Los incidentes más frecuentemente notificados son los relacionados con el uso de los medicamentos.
- La notificación en los sistemas de notificación de las CC.AA. de los incidentes por el uso de radiaciones ionizantes con fines médicos, es muy baja.
- Con respecto a los indicadores de evaluación del SiNASP:
 - Se aprecia un aumento del tiempo en la asignación de las notificaciones de los incidentes, así como del tiempo en la gestión de los mismos.
 - Aunque ha aumentado la indicación de ACR en el caso de EA graves, así como su realización, el número de los realizados sigue siendo bajo.
 - Se observa una disminución en el número de informes difundidos a los profesionales para su conocimiento y el número de sesiones de presentación de casos sigue siendo baja.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Promover el uso de los sistemas de notificación de incidentes en el SNS y la unificación del registro de datos.
 - Promover la formación de los residentes de las diferentes especialidades sobre sistemas de notificación de seguridad.
 - Revisar con las CC.AA. los indicadores sobre notificación de incidentes en el SNS para mejorar su definición y recogida de datos.
 - Fomentar que se realicen ACR en aquellos incidentes que se considere según el grupo gestor del sistema de notificación en cada caso.
 - Fortalecer el desarrollo y adecuado uso del SiNASP en las CC.AA. que están adheridas al mismo.

- Establecer, con las CC.AA., recomendaciones a nivel del SNS para el análisis de los EA teniendo en cuenta cuestiones metodológicas y legales.
 - Promover el desarrollo de normativa a nivel estatal que proteja de procedimientos judiciales a los profesionales que notifican y/o analizan los EA.
 - Implicar a los directivos de AP y Hospital en la notificación de incidentes de seguridad partir de las reclamaciones de pacientes.
 - Promover el intercambio de buenas prácticas en la notificación y gestión de incidentes de seguridad.
- **Para las CC.AA.**
- Establecer un grupo coordinador para el seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas para la gestión de riesgos y gestión del sistema de notificación en la CC.AA.
 - Desarrollar acciones para mejorar la formación de los profesionales sobre la notificación de incidentes de seguridad.
 - Identificar y compartir buenas prácticas entre los centros sanitarios acerca de la gestión de riesgos y en la gestión de los sistemas de notificación.
 - Informar periódicamente a los profesionales sobre los incidentes analizados y las acciones de mejora desarrolladas.
 - Mantener la confidencialidad de los incidentes notificados.
 - Promover la realización de los ACR y las recomendaciones para la gestión segura de los mismos de cara a posibles acciones judiciales.
 - Implicar a los directivos de AP y Hospital en la notificación de incidentes de seguridad a partir de las reclamaciones de pacientes.
- **Para los centros**
- Explicitar el compromiso de los gerentes y directivos con el sistema de notificación de incidentes utilizado, por medio del feedback a través de boletines e inclusión de indicadores en los acuerdos de gestión con los equipos/servicios.
 - Designar un profesional para coordinar la gestión de los incidentes notificados.
 - Realizar acciones formativas para los profesionales del centro, sobre el uso adecuado del sistema de notificación.
 - Mantener el compromiso de confidencialidad en la notificación y gestión de incidentes de seguridad.
 - Informar periódicamente a los profesionales sobre los incidentes analizados y las acciones de mejora a desarrollar.
 - Realizar sesiones periódicas para conocer los incidentes notificados, los factores asociados a los mismos y los planes de mejora a establecer.

L4. Línea estratégica 4

La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad

Esta participación se basa en los derechos que el individuo, como ciudadano, tiene para tomar parte en las decisiones que le afectan y en su libertad de elección dentro del sistema sanitario. El empoderamiento y la participación de los pacientes en la asistencia sanitaria que reciben, y en su propia seguridad ha adquirido un papel muy importante en los últimos años. Lograr esta participación debe fomentarse con acciones específicas.

L4. Objetivo 1 (01): Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente

Esta participación conlleva, entre otros aspectos, proporcionar al paciente y sus cuidadores información sobre su enfermedad que facilite la toma de decisiones, el empleo de planes de acogida, el fomento de actividades formativas así como el establecimiento de protocolos para el acompañamiento para pacientes ingresados.

Monitorización del objetivo: este objetivo se evalúa a través de indicadores que recogen información procedente de las CC.AA. de 2018:

- Indicadores sobre la disposición de un plan de acogida para pacientes en hospitales.
- Indicadores sobre acciones formativas de seguridad del paciente realizadas en los centros sanitarios dirigidas a pacientes (hospitales y CAP).
- Indicadores sobre la disposición de un protocolo de acompañamiento de pacientes.

Indicador

Hospitales con plan de acogida para los pacientes ingresados

L4O4.1.1.

Las interacciones paciente-profesionales que se establecen durante el proceso de acogida en el hospital deben:

- proporcionar al paciente la información necesaria para lograr su integración en el entorno hospitalario así como para el seguimiento de su proceso de salud.
- ofrecer a los profesionales la oportunidad de valorar la situación del paciente identificando factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la seguridad del paciente así como el establecimiento de las acciones oportunas.

Durante el año 2018, las 16 CC.AA. que aportan datos, indican que 193 hospitales disponen de planes de acogida, lo que supone el 81,78% de los hospitales sobre los que se ha aportado información.



Analizando los datos por CC.AA., en el siguiente gráfico se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de implantación de los planes de acogida.

Nº (%) de CC.AA con Plan de acogida para los pacientes ingresados



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 108.

6 CC.AA. disponen de este tipo de planes en el 100% de sus hospitales. Adicionalmente, 9 CC.AA. disponen del mismo en más del 50% de sus centros. De entre estas últimas, 6 en un % mayor al 75%.

Indicador

Hospitales y CAP que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes

L404.1.2. y 3.

Pacientes y cuidadores más informados y formados en SP pueden participar activamente en su proceso de salud de manera tanto individual como colectiva contribuyendo a minimizar los riesgos en su atención y cuidado.

Durante el año 2018, los datos aportados por 16 CC.AA. indican que 144 hospitales han realizado actividades formativas en SP dirigidas a pacientes, lo que supone el 47,84% de los hospitales sobre los que se ha aportado información. Igualmente, 467 CAP han realizado este tipo de acciones, lo que supone un 23,21% de los CAP sobre los que se ha aportado información.



Figura 109.

Analizando los datos por CC.AA., en el siguiente gráfico se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de realización de actividades formativas.

En hospitales:

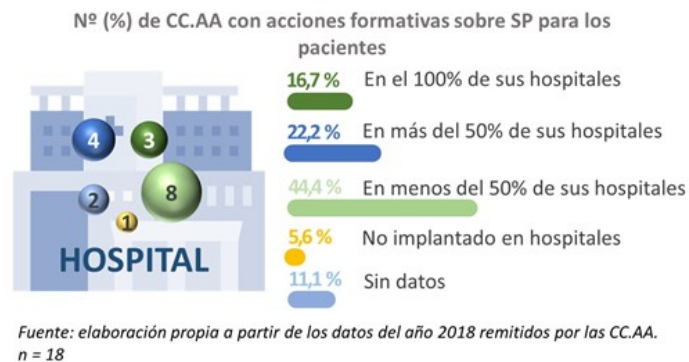


Figura 110.

3 CC.AA. cuentan con acciones formativas en SP dirigidas a pacientes en todos sus hospitales y 4 CC.AA. muestran un grado de implantación superior al 50% de sus hospitales, mientras que en 8 CC.AA. el nivel de implantación es bajo.

En CAP:



Figura 111.

La implantación en CAP es aún menor, donde solamente 2 CC.AA. indican relizar de este tipo de acciones en todos sus centros y 1 CA en más del 50% de sus CAP. 9 CC.AA. cuentan con niveles bajos de implantación y 3 CC.AA. no han implantado acciones formativas.

Debe considerarse que no se incluyen los datos de la Cataluña, País Vasco ni de la Región de Murcia, ya que no han aportado información al respecto.



La realización de acciones formativas sobre SP para pacientes está escasamente implantada a nivel nacional.

Indicador

Hospitales con protocolo de acompañamiento de pacientes hospitalizados

L404.1.4.

La hospitalización es un proceso que altera la dinámica diaria y familiar de los pacientes generando situaciones de incertidumbre, angustia y estrés que pueden derivar en momentos críticos para la seguridad de los pacientes. El establecimiento de protocolos de acompañamiento ayuda a disminuir los riesgos, mejora la satisfacción de pacientes y sus familiares, promueve la seguridad de los pacientes y contribuye a una mayor tranquilidad para pacientes y familiares.

Durante el año 2018, los datos aportados por 15 CC.AA. indican que 122 hospitales cuentan con dicho protocolo, lo que supone el 55,9% de los hospitales sobre los que se ha aportado información.



Analizando los datos por CC.AA., en el siguiente gráfico se agrupan y presentan aquellas CC.AA. que cuentan con similar nivel de realización de actividades formativas.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos del año 2018 remitidos por las CC.AA.
n = 18

Figura 112.



2 CC.AA. han implantado el protocolo de acompañamiento en el 100% de sus hospitales y 3 CC.AA. en más del 50% de sus hospitales, mientras que 3 CC.AA. no disponen de estos protocolos en sus hospitales.

El empleo de protocolos de acompañamiento de pacientes hospitalizados está escasamente implantado a nivel nacional.

Comentarios

- Las 16 CC.AA. que contestan manifiestan tener un plan de acogida para pacientes ingresados, aunque solo el 33,3% en todos sus hospitales.
- El 94% de las CC.AA. que contestan señalan que realizan acciones de formación para los pacientes, aunque solo el 17% en todos sus hospitales.
- El 80% de las 15 CC.AA. que contestan realizan acciones de formación para pacientes en sus CAP, aunque solo el 11% en todos ellos.
- El 80% de las 15 CC.AA. que aportan datos sobre acompañamiento de los pacientes dicen tener estos protocolos implantados, aunque solo el 11% de ellas lo han implantado en todos sus hospitales.

Recomendaciones

- **Para el MS**
 - Promover la formación de pacientes y familiares sobre seguridad del paciente a través de la Red de Escuelas para la ciudadanía.
 - Incorporar la participación activa de las principales asociaciones de pacientes, de ámbito estatal, en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.
- **Para la CC.AA.**
 - Establecer, desarrollar y hacer seguimiento de los planes de acogida de los pacientes ingresados en los hospitales de la CC.AA.
 - Establecer, desarrollar y hacer seguimiento de los planes de acompañamiento de los pacientes ingresados en los hospitales de la CC.AA.
 - Fortalecer las Escuelas de Salud para la ciudadanía de la CC.AA. para promover el empoderamiento de los pacientes y familiares y facilitar su participación activa en su proceso de salud.
 - Fomentar los mecanismos de participación de las asociaciones de pacientes en el ámbito autonómico, provincial y local para el diseño, seguimiento, medición y comunicación de las actividades de formación e información dirigida a pacientes y cuidadores.
- **Para los centros**
 - Garantizar la participación activa de los pacientes en los comités de pacientes de los centros o áreas sanitarias, y la de sus familiares, con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.
 - Establecer mecanismos para implantar y hacer seguimiento del plan de acompañamiento a los pacientes ingresados.
 - Establecer mecanismos de acompañamiento para pacientes los más vulnerables que acuden al hospital de día.

L5. Línea estratégica 5

Investigación en seguridad del paciente

Los proyectos de investigación sobre seguridad del paciente, promovidos por el Ministerio de Sanidad pueden encontrarse en este enlace:

<https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/>

En el marco de un convenio establecido entre el Ministerio de Sanidad y la Fundación Española para Ciencia y Tecnología (FECYT) se han analizado los datos sobre proyectos de investigación financiados mediante convocatorias de ayudas estatales y europeas, así como los resultados de investigación.

Los indicadores, fuentes de datos y periodos consultados se describen en la tabla 6

Tabla 6.

ID	Indicador	Fuente	Periodo
1	Número de proyectos estatales presentados sobre seguridad del paciente	Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Ciencia e Innovación	2014-2019
2	Número de proyectos estatales aprobados sobre seguridad del paciente	Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Ciencia e Innovación	2014-2019
3	Importe concedido mediante subvenciones a proyectos estatales sobre seguridad del paciente	Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Ciencia e Innovación	2014-2019
4	Número de proyectos europeos aprobados con participación española sobre seguridad del paciente	Base de datos de proyectos europeos CORDIS	2014-2020
5	Número de proyectos europeos aprobados sobre seguridad del paciente con coordinación española	Base de datos de proyectos europeos CORDIS	2014-2020
6	Nº de publicaciones científicas con al menos un autor afiliado en España sobre seguridad del paciente	Base de datos de referencias bibliográficas SCOPUS (publicaciones con al menos un autor afiliado en España)	2014-2017
7	Nº de patentes solicitadas por una persona (física o jurídica) residente en España sobre seguridad del paciente	PATSTAT	2014-2020
8	Nº de patentes concedidas sobre seguridad del paciente, solicitadas por una persona (física o jurídica) residente en España	PATSTAT	2014-2020

Para obtener los datos de los indicadores 1, 2 y 3, se identificaron documentos en cuyo campo de texto (título, palabras clave, resumen, keywords y abstracto) hubiera, al menos, una de las palabras clave –en español y en inglés– sobre seguridad del paciente previamente acordadas. Para los indicadores 4 y 5 se usaron como fuente de datos los proyectos aprobados del Programa Marco de Investigación de la Comisión Europea que tuvieran, al menos, un beneficiario español y que incluyeran en los campos de texto (title, objective, etc.) al menos, una de las palabras clave del listado de palabras clave en inglés asociadas a la seguridad del paciente. Para obtener el indicador 6, se identificaron documentos que incluyan en los campos de texto (título, palabras clave, resumen, texto completo, revista) al menos una de las palabras clave del listado de palabras clave asociados a la seguridad del paciente. Para los indicadores 7 y 8, se identificaron los documentos sobre patentes que incluyeran en el campo *abstracto* al menos una de las palabras clave del listado de palabras clave asociados a la seguridad del paciente. En todos los casos, la selección se validó por expertos, de forma manual.

Se identificaron un total de 27 proyectos concedidos, de 120 presentados, sobre seguridad del paciente en el periodo 2014-2019 (figura 125) por un total de 3.848.011,5 euros.

Nº de proyectos concedidos del Plan Estatal relacionados con la seguridad del paciente en el periodo 2014-2019.

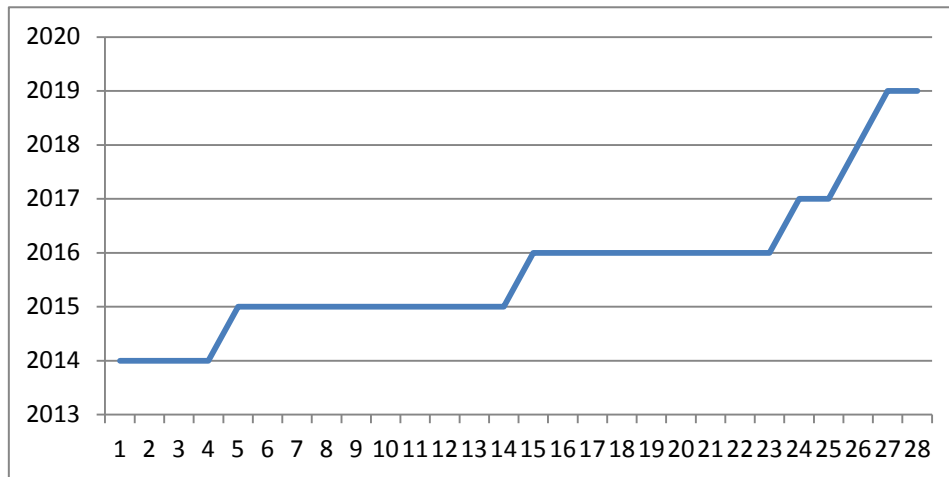


Figura 113.

Un total de 13 proyectos europeos, 7 coordinador pos España, con los términos de búsqueda especificados, de los que 8 están ya cerrados. Presupuesto total de 49.601.807,17 euros.

Un total de 1327 publicaciones.

Desde el inicio del desarrollo de la Estrategia de Seguridad del Paciente se ha venido colaborando con diferentes organizaciones internacionales interesadas por la seguridad del paciente, participando en diferentes grupos de trabajo y proyectos relacionados con este tema.

L6. Línea estratégica 6

Participación internacional

A continuación se describen las colaboraciones más relevantes establecidas.

Comisión Europea:

- Grupos de trabajo:
 - Quality of Care and Patient Safety Working Group. Grupo técnico del Grupo de Alto Nivel de la Comisión Europea (CE) para coordinar estrategias en seguridad del paciente y calidad asistencial entre los estados miembros. Este grupo estuvo operativo entre 2005 y 2016. Como fruto del trabajo de este grupo se puede destacar:
 - La propuesta y colaboración activa en las "Recomendación del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria".
- Acciones conjuntas:
 - The European Network for Patient Safety (EUNetPaS). Financiado en el marco del Programa de Salud Pública de la CE del año 2007 con el objetivo de establecer una red de trabajo en seguridad del paciente entre todos los estados miembros y otras organizaciones implicadas para reforzar la seguridad del paciente, compartir conocimientos, experiencias y buenas prácticas. Coordinada por HAS (the French National Authority for Health) se desarrolló entre febrero del 2008 y junio del 2010.
<https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/eunetpas/>
 - European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ). Orientado a promover la implementación de las Recomendaciones del Consejo sobre seguridad del paciente y fortalecer la cooperación entre los estados miembros y las instituciones de la UE en materia de calidad asistencial, incluyendo la seguridad del paciente y la implicación de los pacientes mediante la cooperación entre los Estados Miembros y las instituciones europeas. Coordinada por HAS (the French National Authority for Health) se desarrolló entre el 1 de abril de 2012 y el 31 de marzo de 2015.
<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/pasq/>
- Proyectos:
 - Methodology development and impact Assessment in Patient safety education for improving Effectiveness (MAP4E). Proyecto financiado por el Programa Erasmus+ de la Unión Europea, dentro de la acción: "Cooperation for innovation and the exchange of good practices". Su objetivo principal era desarrollo de una metodología educativa en seguridad del paciente y la elaboración de recomendaciones sobre buenas

prácticas. El proyecto fue coordinado por la Universidad SEmmelweis de Budapest y se desarrolló entre el 1 de septiembre de 2016 y 30 de noviembre de 2018.

<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/map4e/>

https://emk.semmelweis.hu/map4e_web/

- The European Researchers' Network Working on Second Victims: COST Action 19113. Financiado por, tiene como objetivo facilitar la discusión y compartir conocimientos y buenas práctica sobre las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales sanitarios y la implementación de acciones para abordar el fenómeno d las segundas víctimas. El proyecto, de ámbito internacional, esta liderado por Universidad Miguel Hernández de Alicante.

<https://htt.cost.eu/actions/CA19113/>; <https://cost-ernst.eu/>

Organización Mundial de la Salud:

- Grupos de trabajo:
 - Programa de Seguridad del Paciente de la OMS:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/oms/>
 - Acción Global en Seguridad del Paciente 2021-2030:
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Proyectos:
 - IBEAS: Estudio desarrollado para conco er la prevelancia de los eventos adversos en cinco Latinoamérica que fue desarrollado con la colaboración del Ministerio de Sanidad de España, la OMS y los responsables de salud de México, Perú, Argentina, Costa Rica y Colombia.
<https://seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2007/>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE):

- Colaboraciones en informes específicos:
 - Documentos de la OCDE sobre seguridad del Paciente:
<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/participacion-internacional/ocde/>

5.2. Resultados de las auditorías a los CSUR

Evaluación de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) según los criterios de Seguridad del Paciente.

La incorporación de criterios de evaluación de seguridad de pacientes en los CSUR, que se inicia en 2018 según el acuerdo alcanzado en el Consejo Interterritorial en 2017, está fundamentada en que más allá de la obligación de todo profesional de no hacer daño con sus actuaciones, los CSUR deben poner en marcha iniciativas y estrategias para identificar y minimizar los riesgos para los pacientes que son inherentes a la atención que realiza. Por tanto, todas las unidades CSUR deberán desarrollar actuaciones encaminadas a garantizar la seguridad del paciente, adaptando las recomendaciones realizadas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, a las iniciativas desplegadas en su hospital y en su Comunidad Autónoma, asegurando así una mejor gestión de la calidad.

Metodología

Los Criterios de Seguridad del Paciente, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para poder ser acreditados, son los siguientes:

Criterios de seguridad del paciente evaluados.

- I. La Unidad tiene establecido un procedimiento de identificación inequívoca de las personas atendidas en la misma, que se realiza por los profesionales de la unidad de forma previa al uso de medicamentos de alto riesgo, realización de procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas.
- II. La Unidad cuenta con dispositivos con preparados de base alcohólica en el punto de atención y personal formado y entrenado en su correcta utilización, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- III. El Centro realiza observación de la higiene de manos con preparados de base alcohólica, siguiendo la metodología de la OMS, con objeto de prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- IV. 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.
- V. La Unidad tiene implantado un programa de prevención de bacteriemia por catéter venoso central (BCV).
- VI. La Unidad tiene implantado un programa de prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV).
- VII. La Unidad tiene implantado el programa de prevención de infección urinaria por catéter (ITU-SU).
- VIII. La Unidad tiene implantada una lista de verificación de prácticas quirúrgicas seguras.
- IX. La Unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar el uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
- X. La Unidad tiene implantado un protocolo de prevención de úlceras por decúbito.

Puntuación

La puntuación de la evaluación de cada criterio se realizó utilizando una escala de 0 a 3 en la que 0 significa que no hay datos o documentos que verifiquen la información requerida y 3 quiere decir que los documentos o los datos proporcionados contienen todas las informaciones requeridas. La valoración de los criterios II y III se ha llevado a cabo conjuntamente porque los dos hacen referencia a la Higiene de Manos.

El proceso de evaluación de los criterios de Seguridad del Paciente es acorde a los otros criterios de los CSUR y su acreditación consta de varias fases.

Fase de autoevaluación. En esta primera fase, los profesionales que integran el CSUR que solicita ser acreditado, deben aportar las evidencias (documentos de soporte, resultados de indicadores, comentarios, etc.) requeridas en los criterios evaluados.

La autoevaluación tiene como marco de referencia un manual de estándares de calidad para cada patología o procedimiento diagnóstico o terapéutico de los acordados por el Consejo Interterritorial (CISNS) para designar CSUR en el SNS. En dicho manual se incluyen, entre otros, los criterios comunes de calidad y seguridad teniendo en cuenta los elementos clave priorizados en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020).

La Web CSUR-Evaluación facilita el proceso de evaluación de la manera más cómoda y personalizada posible, ya que permite la accesibilidad desde cualquier lugar de trabajo la posibilidad de actuar como gestor documental de toda la información generada en el proceso de evaluación.

Fase de evaluación externa. En esta fase, el Ministerio de Sanidad, realiza una evaluación del CSUR correspondiente, que conlleva un estudio de las evidencias y documentos aportados durante la fase de autoevaluación, una visita de evaluación y la elaboración de un informe de evaluación, asignando para ello un equipo evaluador que estará formado por evaluadores capacitados.

Resultados

En el año 2018, se obtuvieron datos de 29 CSUR correspondiente a 9 procedimientos o patologías.

7 hospitales de Unidades de Quemados Críticos, 2 hospitales de Reconstrucción del pabellón auricular, 2 hospitales de Glaucoma congénito y Glaucoma en la infancia, 3 hospitales de Tumores Intraoculares del adulto, 2 hospitales de Descompresión Orbitaria en Oftalmopatía Tiroidea, 4 hospitales de Tumores Orbitarios, 2 hospitales de Queratoplastia penetrante en niños, 3 hospitales de Coagulopatías congénitas y 4 hospitales de Patología compleja hipotálamo-hipofisaria (niños y adultos).

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la evaluación de los criterios de seguridad del paciente en los CSUR. Se presenta la puntuación Media Global y desglosada por patologías de cada Estándar de Seguridad del Paciente de las Unidades CSUR evaluadas en el año 2018. El criterio con mayor puntuación es Identificación del Paciente (2,5/3), y el que recibe una puntuación más baja es Medicamentos de Alto Riesgo (1,8/3).

Tabla 4.

Estándar	MEDIA GLOBAL	CSUR agrupados por procedimiento*							
		01	02	03	07	08	09	23	68
Identificación del Paciente	2,5	2,6	2,5	1,5	2,7	2,5	2,5	2,5	2,7
Higiene de Manos	2,1	2,6	2,0	1,0	2,3	2,0	2,5	2,0	2,3
Sistema Notificación Incidentes	2,2	2,0	3,0	2,5	2,0	1,5	2,5	1,5	2,3
Prevención BCV	2,1	2,0	2,0	2,0	1,7	2,5	2,3	2,0	2,3
Prevención NAV	2,1	1,7	2,0	2,0	2,0	2,0	2,3	2,0	2,3
Prevención ITU	2,1	1,7	2,0	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0	2,3
Listado de Verificación Quirúrgica	2,3	2,4	2,5	2,0	2,3	2,0	2,3	2,5	2,0
Medicamentos de Alto Riesgo	1,8	1,7	2,0	2,0	1,7	1,0	1,8	2,0	2,3
Prevención UPP	2,2	2,1	3,0	2,0	2,0	2,0	2,3	2,0	2,0

* Los centro CSUR agrupados por patología, corresponden a 9 procedimientos o patologías: 01.Quemados Críticos, 02. Reconstrucción del pabellón auricular, 03. Glaucoma congénito y Glaucoma en la infancia, 07.Tumores Intraoculares del adulto, 08.Descompresión Orbitaria en Oftalmopatía Tiroidea, 09.Tumores Orbitarios, 23.Queratoplastia penetrante en niños, 68.Coagulopatías congénitas, 71. Patología compleja hipotálamo-hipofisaria (niños y adultos).

A continuación, se presentan los gráficos con la puntuación media atribuida a cada estándar atendiendo a los grupos de patologías mencionadas. Puede observarse cierta variabilidad, más marcada en los estándares de higiene de manos y notificación de incidentes.

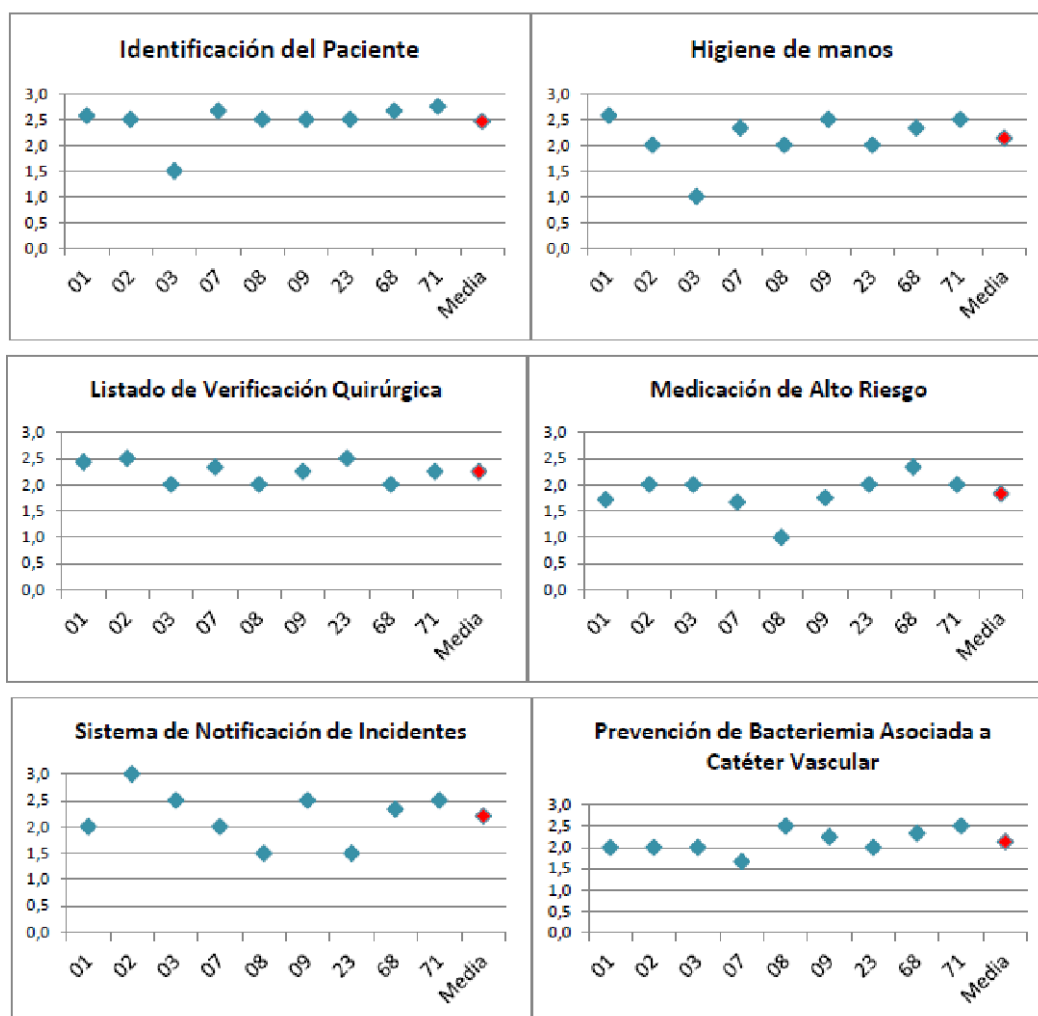


Figura 114.

Conclusiones

Los Criterios de Seguridad del Paciente, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia son un vehículo para reforzar la implantación de prácticas seguras en los hospitales del SNS.

Los datos mostrados corresponden a los resultados recogidos en algunos CSUR evaluados en 2018, como punto de partida de la inclusión de criterios de seguridad del paciente que posteriormente se han incluido en el proceso de acreditación Y que actualmente se siguen evaluando.

Estos primeros resultados han ofrecido a los CSUR la posibilidad de una mejorar en la fase de autoevaluación y de entrega de los documentos. Así como el conocimiento de las áreas de mejora para avanzar en la seguridad del paciente.

Los resultados aquí presentados muestran un peor cumplimiento en las recomendaciones de MAR y mejor en la identificación de pacientes coincidente con los hallados en la evaluación de indicadores en los hospitales en 2018.



Es llamativa la variabilidad en los resultados de la evaluación del criterio de sistemas de notificación y de higiene de manos que no puede atribuirse solo a diferentes niveles de calidad sino, además, al proceso de evaluación establecido en ese momento.

Aunque estos datos aquí presentados, no son extrapolables por el escaso número de CSUR evaluados y porque en 2018 es cuando se comenzaron a evaluar estos criterios, se espera que sí sirvan para afianzar los programas de seguridad del paciente en los hospitales del SNS.

5.3. Resultados de los cuestionarios

5.3.1. CUESTIONARIO A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SNS

5.3.1.1. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA

El Programa de Cirugía Segura incluye dos proyectos, el proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ) para la prevención de la infección de sitio quirúrgico y el proyecto Cirugía Segura (CS) para promover la calidad y seguridad en los procedimientos de la cirugía programada (especialmente la cumplimentación adecuada del Listado de Verificación Quirúrgica y la profilaxis tromboembolia). Ambos proyectos siguen una metodología multimodal en la que se aúnan las recomendaciones sobre prácticas clínicas seguras basadas en la evidencia (“bundles”) con acciones para mejorar la cultura de seguridad en el bloque quirúrgico.

Se trata de un programa con dificultades para su implantación por diversos motivos (varias CC.AA. tienen ya su propio programa, no existe una base de datos unificada para recoger la información, el interés es muy variable entre los diferentes bloques quirúrgicos que agrupan a profesionales de diferentes especialidades, etc.). Por estos motivos se acordó preguntar a los miembros del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente su opinión sobre la implantación de este programa en su CC.AA.

Objetivo

Conocer las barreras y facilitadores en la implantación del programa de cirugía segura del SNS, en las CC.AA.

Metodología

Cuestionario Online diseñado *ad hoc*, de 14 ítems con preguntas cerradas y abiertas dirigidas a los miembros del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente en noviembre de 2018, sobre las acciones desarrolladas en el año 2017.

Resultados

Contestaron todas las CC.AA., de ellas 13 participan en el programa de Cirugía Segura (una de ellas solo en el proyecto IQZ) aportando un total de 233 hospitales, de los cuales 75 participan en el proyecto IQZ (aunque solo aportan datos 38) y 46 en el proyecto Cirugía Segura (aportando datos solo 19).

En la siguiente figura se describe la respuesta de las CC.AA. sobre su participación en el programa de Cirugía Segura:

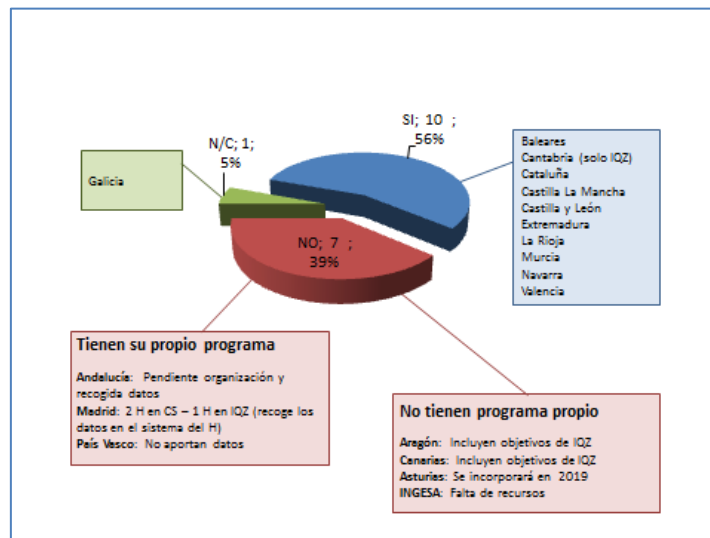


Figura 115.

El 69% de las 13 CC.AA. dice hacer reuniones de seguimiento de las acciones del Programa.

En las figuras siguientes se describen las barreras y facilitadores según la opinión de los referentes de seguridad del paciente en las CC.AA.

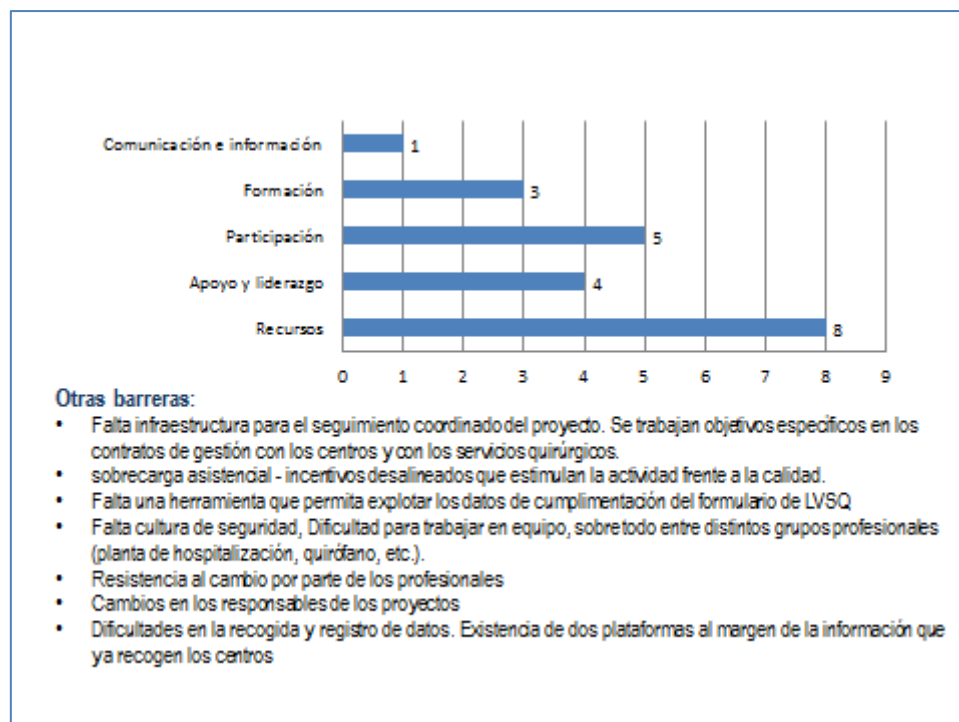


Figura 116.

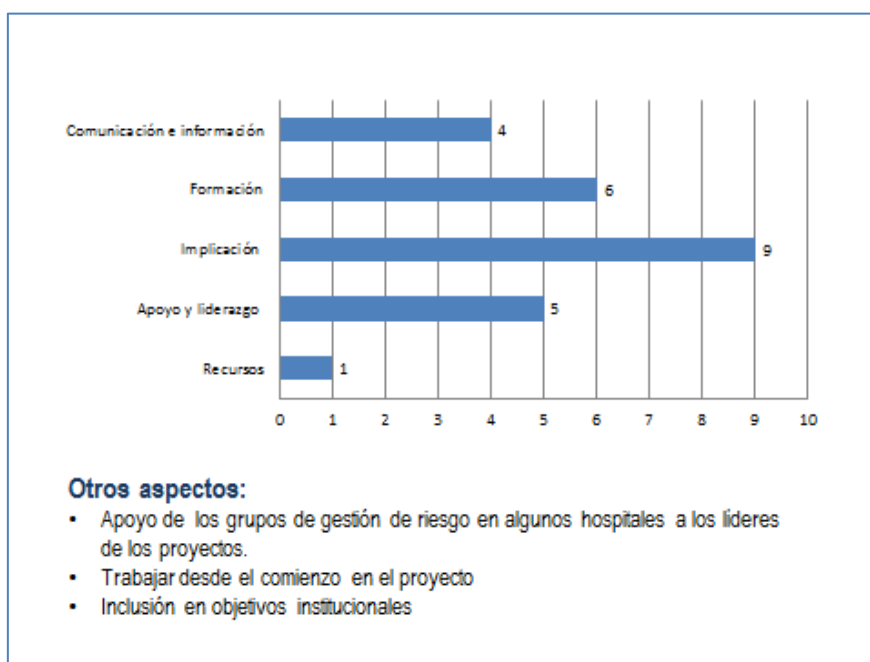


Figura 117.

Entre las acciones realizadas para afianzar el programa, las CC.AA. señalan:

Acciones realizadas
Inclusión en la estrategia de Vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de la Comunidad autónoma
Incorporación en cartera de servicios de los dispositivos para monitorización continua de temperatura en las intervenciones del programa IQZ
Reuniones periódicas con responsables de los programas
Informatización del LVQ – Unificación del módulo de BQ en la HC electrónica – se está consensuando el listado IQZ
Implantación aplicadores de povidona yodada en todos los hospitales de la CCAA
Se han tomado medidas concretas para implantar los programas CS e IQZ
Jornadas de seguridad del paciente
Se ha constituido un grupo de trabajo que ha elaborado el Proceso Asistencial Integrado del Paciente Quirúrgico
Acciones formativas e informativas así como reuniones de coordinación
Inclusión de las recomendaciones obligatorias de los dos proyectos (IQZ y CS) en los objetivos institucionales – Implantación del LVQ – Adherencia a recomendaciones sobre seguridad en administración de medicamentos y de seguridad en BQ – Nombramiento de coordinadores quirúrgicos y de preventiva.

El 85% de las CC.AA. que han respondido dicen haber informado del programa a otros profesionales y el 31% a los pacientes o sus asociaciones.

Acciones informativas realizadas a otros profesionales:

- Actividades de formación en los centros en relación con prácticas seguras en el área quirúrgica, con sesiones explicativas.
- Presentación de los programas a la dirección de los centros, y a través de los programas formativos especializados.
- Se ha informado a las comisiones clínicas relacionadas con este tema. Difusión del proyecto en jornadas relacionadas con la calidad y seguridad del paciente.
- Los resultados de seguridad en el paciente quirúrgico se han difundido a través de los objetivos institucionales y especialmente a los integrantes de las unidades funcionales de gestión de riesgos sanitarios.

Acciones informativas realizadas con los pacientes:

- Se han emitido notas de prensa y publicado información en la Web.
- A los pacientes que se les “pasa” el LVQ se les informa.
- Los resultados de los objetivos institucionales relacionados con la seguridad en el paciente quirúrgico están publicados en la memoria anual y en la memoria del Observatorio de seguridad del paciente.

Conclusiones

- Se señalan como barreras principales, la falta de recursos específicos y la insuficiente participación de los profesionales del bloque quirúrgico.
- Como aspectos facilitadores, se señala también la participación de los profesionales y la disponibilidad de la formación en el programa.
- Según los hallazgos encontrados, se señalan como recomendaciones: Promover la implicación de los gestores y mandos intermedios como elemento clave del éxito del programa.
- Realizar reuniones periódicas de los equipos de coordinación.
- Que las CC.AA. dediquen recursos humanos, aunque sea a tiempo parcial, en apoyo a este programa.
- Presentar el Programa de Cirugía Segura en el CISNS.
- Implicar a las SSCC en la información y compromiso de los profesionales con estos proyectos.
- Formar a los nuevos profesionales que se incorporan al bloque quirúrgico.
- Valorar incentivos para las unidades que promueven la cirugía segura con este u otro programa.
- Revisar las plataformas para facilitar el acceso y explotación de datos.

5.3.1.2. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN SOBRE LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

El Programa de Seguridad del Paciente Crítico incluye los proyectos BZ, NZ y RZ (el proyecto ITUz estaba iniciándose en el momento de este estudio) mencionados anteriormente en la sección de evaluación de indicadores orientados a disminuir las tasas de infección por bacterias relacionadas con catéter, la neumonía asociada a ventilación mecánica y el porcentaje de pacientes en UCI con microorganismos multirresistentes, respectivamente. Estos proyectos aplican también una metodología multimodal en la que se aúnan las recomendaciones sobre prácticas clínicas seguras basadas en la evidencia (“bundles”) con acciones para mejorar la cultura de seguridad en las UCI.

Los proyectos zero están ampliamente implantados en el SNS y con buenos resultados, en general, pero con gran variabilidad entre las CC.AA. y las diferentes UCI. Con el fin de conocer el grado de implantación de estos proyectos y las dificultades encontradas en su desarrollo se decidió, con el Consejo Asesor del Programa, desarrollar un cuestionario dirigido a los miembros del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Objetivo

Conocer el grado de implantación y las barreras y facilitadores del programa de seguridad en el paciente crítico en las CC.AA.

Metodología

Cuestionario Online diseñado *ad hoc*, de 14 items con preguntas cerradas y abiertas, dirigido en noviembre de 2018 a los miembros del Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente sobre las acciones desarrolladas en el año 2017.

Resultados

Contestaron todas las CC.AA.

En la siguiente figura se describe el porcentaje de UCI que alcanzan el estándar propuesto para cada proyecto: BZ (≤ 3 episodios por 1.000 días de catéter venoso central), NZ (≤ 7 episodios por 1.000 días de ventilación mecánica), RZ (tasa media anual de pacientes que adquieren una BMR $< 5\%$).

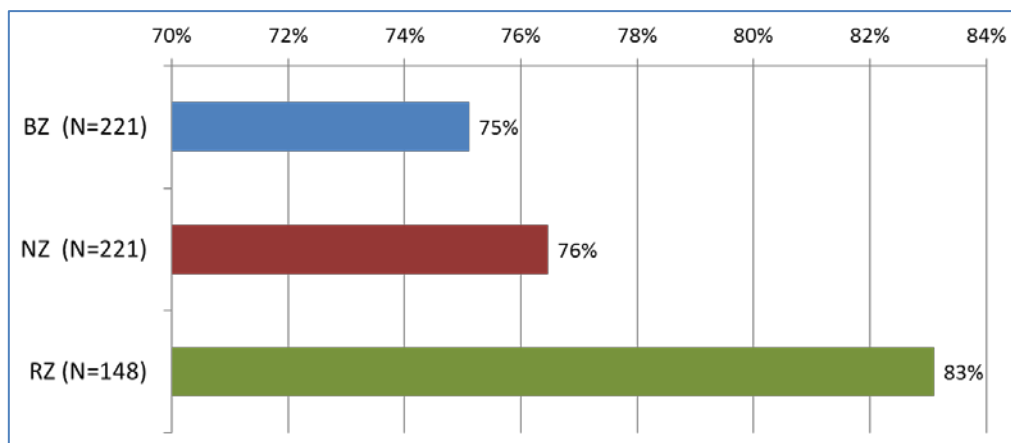


Figura 118.

Entre las posibles causas para no alcanzar los estándares propuestos se señalaron: la relajación de las medidas con el tiempo, el alto índice de rotación de los profesionales que no reciben formación y la inexactitud en los registros.

Con respecto a la rama de seguridad del paciente, no se pueden presentar datos porque no se registran en la mayoría de las UCI.

En las siguientes figuras se señalan las barreras y facilitadores en la aplicación del programa:

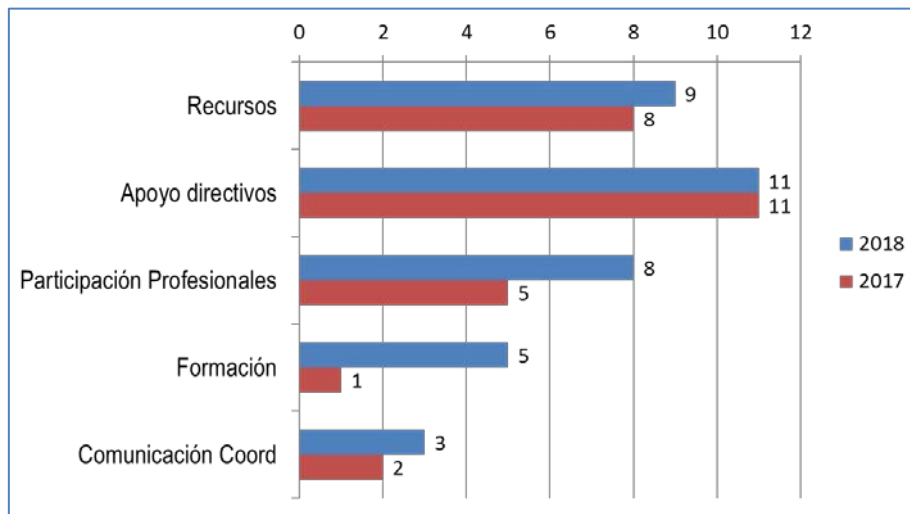


Figura 119.

Otras barreras detectadas han sido: Resistencia de otros especialistas a aplicar las recomendaciones de RZ, cambios en la coordinación de unidades y del personal adiestrado en los programas, falta de tiempo y de personal dedicado, supone un trabajo añadido, falta de compromiso por parte de algún sector implicado.

En cuanto a los facilitadores, además de los aquí descritos, señalan: Importancia de la implicación y apoyo de los Servicios Centrales, el reconocimiento a las unidades que aplican planes de mejora y el papel de los líderes.

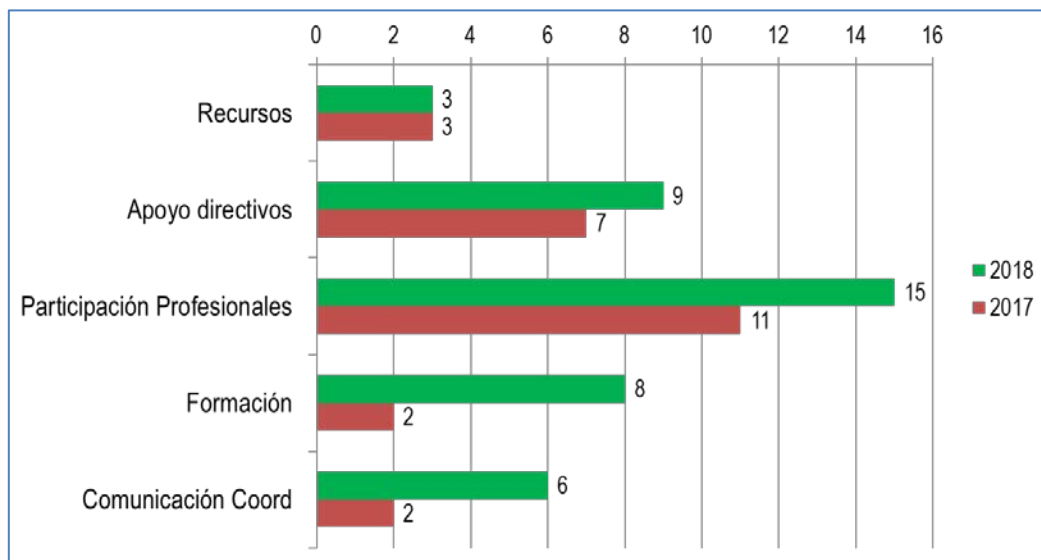


Figura 120.

A continuación se señalan las actuaciones de afianzamiento realizadas en las diferentes CC.AA.

Acciones realizadas
Inclusión en objetivos anuales y contrato de gestión
Inclusión en plan de formación corporativo
Implicación de la Consejería y reconocimiento unidades
Acompañamiento y seguimiento unidades. Presentación resultados.
Revisión desempeño. Identificación áreas de mejora
Difusión en jornadas de SP
Celebración día mundial HM
Auditorías de UCI
Creación de Comités específicos
Formación continuada

En el año 2017- 2018 solo dos CC.AA. (Madrid y Cataluña) realizaron auditorías de los proyectos zero en las UCI.

Conclusiones

- El 75% de las UCIs que participan en BZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- El 76% de las UCIs que participan en NZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- El 83% de las UCIs que participan en RZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- Inexactitud en los registros, relajación en las medidas, alta rotación, reticencia de otros especialistas, son los factores señalados para no alcanzar los objetivos.
- Falta de apoyo de los directivos (65%), falta de RRHH y tiempo específico, alta rotación de personal y resistencia de algunos profesionales, son las barreras principales.
- Participación de profesionales, implicación de la administración y reconocimiento son los factores de éxito principales.
- El 94% ha informado a otros colectivos (otras unidades). El 65% a Pacientes (HM y IAAS).
- El 18% ya ha realizado auditorías, el 35% las va a realizar y el 47% no lo considera.
- La media de reuniones a nivel de la CC.AA. es muy variable (0 a 4).
- La rama de seguridad se cumple poco y no se registra adecuadamente.

5.3.2. CUESTIONARIO A LOS GESTORES LOCALES DEL SINASP

En el marco del programa para la mejora de la notificación y gestión de los incidentes de seguridad que se desarrolla a través del SiNASP, se consideró con las CC.AA. implicadas el recabar la opinión de los gestores del sistema con el fin de identificar las barreras que estaban condicionando una adecuada implantación del sistema en los centros sanitarios. Un total de 11 CC.AA. dicen haber incluido el programa de cirugía segura en sus planes de seguridad del paciente, así como en los contratos de gestión de sus hospitales.



Objetivo

Conocer la opinión de los gestores locales sobre el funcionamiento del SiNASP, su nivel de satisfacción con el apoyo recibido y recibir propuestas de mejora.

Población diana

La encuesta estaba dirigida a los gestores locales de hospital, área sanitaria y centro de salud, que estaban dados de alta en la aplicación a fecha 21 de octubre de 2019. En total, 799 gestores.

Metodología

Cuestionario online, diseñado *ad hoc* de 23 preguntas, incluyendo tanto respuestas prefijadas como texto libre, distribuidas en cuatro apartados: Información general, implantación y desarrollo del SiNASP, un bloque de 7 preguntas, gestión del sistema, 10 preguntas y el último bloque sobre necesidades y propuestas de mejora; 4 preguntas.

La encuesta se realizó entre el 25 de octubre y el 13 de noviembre de 2019.

Resultados

Se recibieron 233 cuestionarios, lo que supone una 29% de respuesta.

El 58,8% de los gestores que respondieron al cuestionario trabajaban en hospital, el 27% en atención primaria, el 10,7% en gerencias de área y 8 trabajan en otros ámbitos (emergencias extrahospitalarias o centros de psicogeriatría/deterioro cognitivo/salud mental).

A continuación, se resume la información más importante de cada uno de los bloques.

Respecto al nivel de desarrollo del SiNASP

Para el 70% de los gestores, el nivel de desarrollo local del SiNASP es todavía incipiente (lo conocen y utilizan pocos profesionales) o moderado (lo conocen y utilizan profesionales de algunos servicios/equipos). Solo el 30% considera que el sistema de notificación está extendido (lo conocen y utilizan profesionales de la mayoría de los servicios/equipos) o realmente consolidado (forma parte del funcionamiento habitual de la organización).

El 55% de los centros/áreas ha recibido un máximo de 30 notificaciones en los últimos 12 meses.

Respecto a las acciones que se han desarrollado para la implantación del SiNASP, las más numerosas han sido; sesiones de información y formación inicial para los profesionales del centro 70% (164), y asignación de responsabilidades de gestión del sistema 68% (159), como puede verse en la figura.



Figura 121.

Las principales barreras percibidas por los gestores son que los profesionales dudan de la utilidad del sistema, unido al temor a las consecuencias negativas de tipo personal y a la percepción de que notificar requiere un tiempo excesivo considerando su ya elevada carga de trabajo.

Los principales facilitadores son la garantía de confidencialidad y anonimidad del sistema y su fácil accesibilidad desde el puesto de trabajo.



Figura 122.

Respecto la utilidad del SiNASP en la organización, el 35,4% tiene una percepción positiva o muy positiva de la utilidad del sistema en su organización. Un 19% adicional lo considera útil, pero

fundamentalmente para aquellas mejoras que no dependen de la dirección. Y el 45,6% restante piensa que es poco o escasamente útil en su organización, fundamentalmente por desconocimiento, falta de motivación, ausencia de feedback a los profesionales declarantes y falta de implantación de las mejoras obtenidas.

Gestión del sistema

El 79,4% de los gestores locales del SiNASP carece de un tiempo específico asignado para esta tarea.

Respecto al análisis de incidentes; en el caso de los hospitales (75), el análisis se realiza mayoritariamente por comités multidisciplinares que incluyen normalmente algún representante de la dirección, así como miembros de aquellos servicios clínicos con más problemas de seguridad (urgencias, anestesia, cirugía, intensivos, pediatría), así como farmacia, medicina preventiva y calidad. En algunos casos el análisis lo realiza exclusivamente el grupo de gestores, aunque suele informar después al núcleo o comisión de seguridad. En cuanto a las áreas sanitarias (60), hay bastante más variabilidad y también mayor desconocimiento o falta de información entre el nivel de análisis y el nivel de gestión de las notificaciones.

En cuanto a la periodicidad de las reuniones para el análisis de incidentes, el 39,2% indica que no hay una periodicidad establecida para las reuniones de análisis y el 7,5% comenta que dicho grupo no existe o no se reúne nunca.

En cuanto a la metodología utilizada para analizar los eventos adversos graves, 142 gestores señalan que utilizan el análisis causa-raíz y 13 el protocolo de Londres (de estos, 4 utilizan ambos métodos). Algunos gestores indican que utilizan otros métodos, fundamentalmente un análisis causa raíz simplificado, o que no lo tienen establecido.

La herramienta más utilizada por los gestores para el feedback a los profesionales es el correo electrónico, fundamentalmente para dar feedback directo a los notificantes, pero también para difundir informes periódicos.

Una de las preguntas era referida a cómo apoya el equipo directivo la cultura de seguridad del paciente en el centro/área, la actividad más mencionada fue: “El equipo directivo promueve la cultura de seguridad del paciente (rondas de seguridad, evalúa la cultura, participa en jornadas o sesiones.)”, en un 36% (N=84). Por el contrario, la existencia de un protocolo específico para proporcionar soporte a los profesionales implicados en eventos adversos graves solo la seleccionan el 13,2% de las respuestas. Ver el siguiente gráfico.



Figura 123.

Respecto a las necesidades de mejora

Los respondedores señalaron necesidades específicas para los gestores de formación, metodología de análisis de incidentes, formación sobre la planificación, implementación y evaluación de acciones de mejora y materiales de apoyo.

Respecto a las necesidades a nivel global se señaló la necesidad de reuniones con grupos, del feedback de resultados, de ayuda para análisis de caso graves y mayor apoyo por parte del responsable autonómico. Así como la necesidad de mejoras en el sistema referidos al módulo de notificación y al módulo de gestión.

Conclusiones

La baja tasa de respuesta por parte de los gestores denota la falta de motivación y la escasez de tiempo.

Acciones básicas y fundamentales para la implantación del sistema, como informar y formar a los profesionales o asignar responsabilidades de gestión, no se han puesto en marcha todavía de manera generalizada. Esta tarea requiere un esfuerzo que necesitan dedicación y liderazgo por parte de los equipos directivos de los centros en coordinación con los gestores.

Las reuniones para el análisis de incidentes no tienen una frecuencia periódica, esto puede ser debido a que el nivel de notificación es bastante bajo, y solo se convoquen las reuniones cuando hay o también con la falta de tiempo específicamente dedicado al SiNASP.

Los gestores que han respondido a este cuestionario han identificado perfectamente las barreras para un desarrollo más amplio del sistema, y han detallado varios aspectos de mejora, es cuestión de que cada responsable del sistema dentro de sus competencias, implemente de manera coordinada aquellas que sean más necesarias, para que el valor de estar adherido al SiNASP se traduzca en una atención más segura de los pacientes que atienden.

5.3.3. CUESTIONARIO SOBRE LA “PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA”

En reuniones establecidas con el Comité Institucional de la Estrategia de seguridad del paciente se discutió sobre la necesidad de conocer la opinión de los pacientes por su seguridad, motivo por el que se acordó realizar este estudio con las CC.AA que voluntariamente quisieran participar y valorar la incorporación de los indicadores evaluados a las futuras evaluaciones de la estrategia.

Objetivos

- conocer la opinión de los pacientes sobre su seguridad durante la atención hospitalaria en el marco de la evaluación que periódicamente se haga de la estrategia.
- conocer la percepción del paciente en cuanto a la seguridad de la asistencia sanitaria recibida durante una hospitalización.
- conocer su opinión sobre el manejo de la situación en caso de que experimentara un error clínico durante dicha estancia.

Número de pacientes

Se consideró que una muestra aproximada de unos 10 pacientes por Comunidad Autónoma, era suficiente como un estudio piloto, para detectar la factibilidad de incluir esta encuesta en el marco de la evaluación de la Estrategia.

Metodología

Se utilizó un cuestionario basado en el validado por el Ministerio de Sanidad en el año 2010 y publicado en el estudio “EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS: DISEÑO Y VALIDACIÓN PRELIMINAR”¹¹, se incluyeron ligeras modificaciones consensuadas por las Comunidades Autónomas, así el cuestionario se dirigió a pacientes hospitalizados NO COVID, próximo al momento del alta de un paciente tras un ingreso en áreas de hospitalización (excluyendo Urgencias y UCI).

El cuestionario se aplicó en el último trimestre del año 2020.

Los casos evaluables fueron: pacientes >18 años, hospitalizados con un mínimo de 3 días de estancia hospitalaria y que fueran a ser dados de alta en las próximas 24 horas. Pacientes capaces de entender y responder a los cuestionarios, a criterio del investigador. Y que otorguen su consentimiento de manera verbal.

Se excluyó del estudio a los pacientes con dificultades de comprensión lectora, y a los pacientes que hubieran participado en un ensayo clínico en un periodo de tiempo no superior a 24 meses.

El periodo de encuesta fue la primera quincena de noviembre de 2020, dado el carácter trasversal de la encuesta no se ha realizado ninguna visita de seguimiento a los participantes.

<https://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/calidad-vida/>

¹¹ Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/informe_validacion_cuestionario.pdf

Cuestionario

El cuestionario está dividido en cinco partes, más la recogida de variables sociodemográficas.

-La primera parte se refiere a experiencia durante su hospitalización y la atención recibida durante la misma, consta de cinco preguntas con 5 opciones de respuesta (1: no estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo).

-En la segunda parte se pretende conocer si el paciente ha sufrido algunos errores clínicos concretos; infección, reacción alérgica, operación imprevista, caídas, error de diagnóstico, medicación equivocada, errores de identificación, mediante una respuesta dicotómica (sí/no).

-En la tercera parte se pide al encuestado que describa si ha sufrido algún incidente mediante una pregunta abierta.

- La cuarta parte pretende conocer la experiencia del paciente ante un incidente con las mismas cinco opciones de respuesta que se han enunciado antes.

-La quinta parte se pregunta sobre la sensación de seguridad durante la atención sanitaria con una gradación de 7 opciones desde muy seguro hasta muy inseguro.

La encuesta se podía cumplimentar vía telefónica o de manera presencial (facilitando el cuestionario al paciente o con entrevistador).

Resultados

El número total de pacientes que han participado es de 182, de nueve Comunidades Autónomas; La Rioja, Canarias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Navarra y Cantabria, Asturias y Castilla y León y Baleares.

Las características sociodemográficas fueron: la media de edad de los participantes fue 60 años, el 49% hombres, el 39% mujeres y el 12% no consta. En cuanto a los estudios finalizados: el 9% no tenía estudios, el 48% estudios primarios, el 28% estudios secundarios y el 14% estudios universitarios.

- Resultado primera parte:

Descripción de las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario por centro.

En general durante la hospitalización	Puntuación media*
Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud	4,92
Recibió suficiente información sobre su tratamiento	4,95
Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía	4,86
Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta	4,89
El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas	4,92
Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento	4,86
Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación	4,86
El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a	4,92

*(1: no estoy de acuerdo a 5: estoy completamente de acuerdo).

- Resultado segunda parte:

Respecto a las preguntas dicotómicas de si los pacientes han sufrido algún tipo concreto de error clínico. Hubo un 17% de respondedores que respondieron afirmativamente infección, 8% operación imprevista y 6,6% reacción alérgica (ver figura).

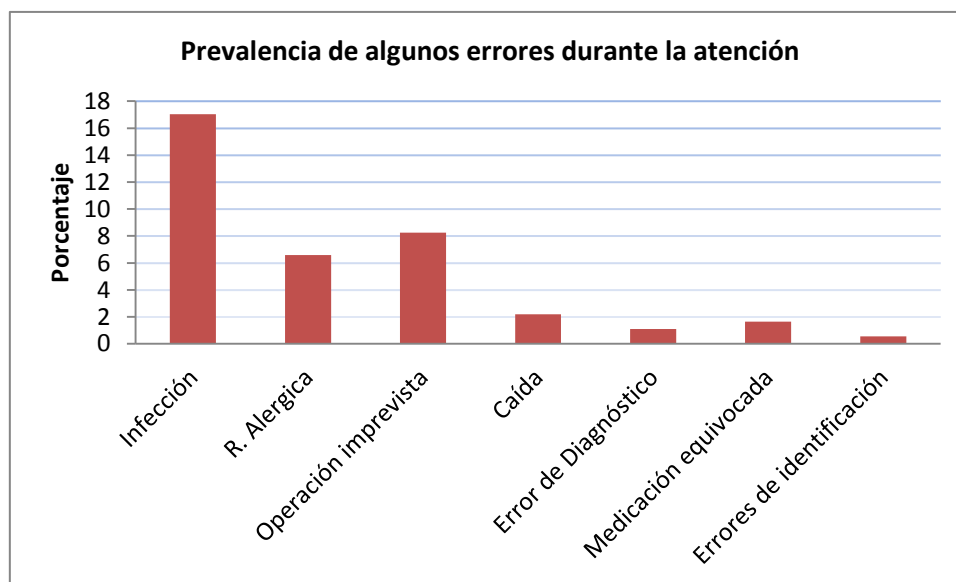


Figura 124.

- Resultados tercera parte:

El 11% (N=21) de los pacientes refieren haber sufrido un incidente.

Los incidentes los describieron en un campo abierto en el que incluyeron.

La descripción del incidente:

- Hemorragia Postquirúrgica.
- Fístula Esofágica.
- Bloqueo de cuerdas vocales.
- Alta muy pronta e insuficiencia Respiratoria.
- Malestar estomacal por consumo de leche con lactosa habiendo avisado de intolerancia.
- Compañero con COVID-19 pasa a aislamiento.
- Caída del WC.
- Relacionado con una cura de herida por falta de comunicación con enfermería.
- Fístula gastrointestinal provocada por una intervención anterior.
- Le pusieron un catéter peritoneal casi sin anestesia, que le ha provocado una diverticulitis, infección de orina.
- Le pusieron contraste y ella es alérgica (no lo sabía).
- Mi compañero de habitación dio positivo en COVID-19. Me aislaron en una habitación solo.
- Infección punto de herida.
- En varias ocasiones he tenido que solicitar cambios de alimentos que contenían lactosa a pesar de haber preavisado mi intolerancia a la misma.
- Reacción cutánea por intolerancia las sábanas.
- Infección punto de herida.

- Resultados cuarta parte:

La experiencia de los pacientes ante un incidente se muestra en esta tabla:

Experiencia ante el incidente	Media
El incidente se detectó rápidamente	5,00
Se resolvió con rapidez	5,00
La información sobre el incidente fue suficiente y clara	5,00
El personal sanitario pidió disculpas	4,29
Le comunicaron que se tomarían futuras medidas para evitar que ocurran incidentes	4,29

- Resultados quinta parte:

El 89% de los pacientes se sintieron entre bastante y muy seguros.

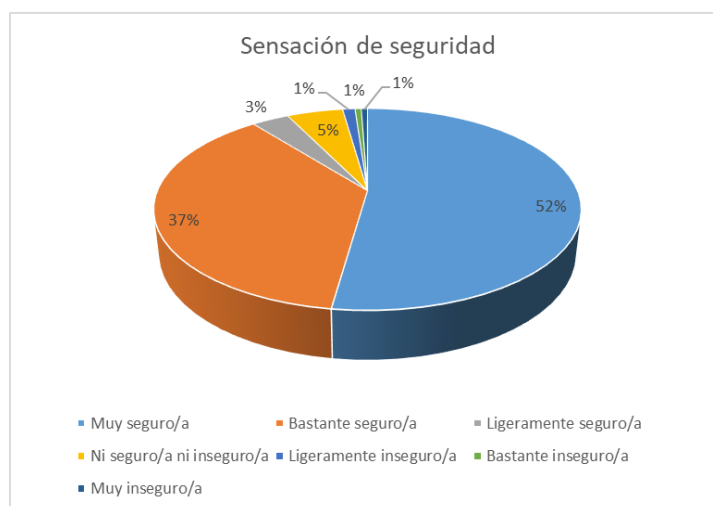


Figura 125.

Conclusiones

La puntuación de la parte primera es muy alta entre 4,86 y 4,95, denota que los pacientes tienen una experiencia con la asistencia sanitaria positiva, y se sienten confiados, en general perciben que reciben información suficiente y que pueden aclarar las dudas que tienen, además según muestran los resultados de la quinta parte de la encuesta, un porcentaje muy elevado tiene una sensación muy alta de ser atendido con seguridad. En consonancia también cuando ocurre algún incidente, los pacientes valoran con la puntuación más alta, cómo los profesionales sanitarios manejan el mismo, solamente hay puntuaciones ligeramente más bajas (4,29) en la pregunta de si le han pedido disculpas o si se tomarán medidas para evitar que pase.

A pesar de ello, cuando se pregunta sobre si han sufrido algún incidente hay 11% que responden que sí, y cuando se les pregunta por problemas concretos los porcentajes ascienden, habiendo una



respuesta afirmativa del 17% en el caso haber tenido una infección mientras estaba hospitalizado, y un 8% respondiendo ser operado de manera imprevista.

De alguna manera hay resultados discordantes que revelan que los pacientes no tienen conocimientos asimilados sobre la seguridad del paciente, y dan por sentado que durante la asistencia sanitaria pueden ocurrir problemas.

Aunque esta encuesta ha sido un trabajo piloto y no asegura que se haya estudiado a una muestra con suficiente representatividad, revela que este tipo de encuestas son necesarias para la evaluación de los programas dirigidos a la detección de incidentes en la seguridad de los servicios sanitarios, ya que se basan en la opinión del paciente como principal 'usuario' de dichos programas. Igualmente ponen de manifiesto el extenso trabajo de alfabetización en seguridad del paciente que queda pendiente de realizar por parte de las Instituciones sanitarias con los pacientes y los ciudadanos.

6. Los programas de seguridad del paciente durante la pandemia

El periodo vivido durante la pandemia de la COVID-19 ha impedido realizar una medición de todos los indicadores evaluados en este informe y que deberían de haberse medido durante el año 2020.

A continuación, se ofrecen los datos de los indicadores de algunos programas de seguridad que se han medido durante la pandemia:

- **Programa de higiene de las manos**

Durante la pandemia aumentaron el número de camas con preparado de base alcohólica y así mismo el consumo de PBA en Hospitalización, triplicándose con respecto al año 2019 y obteniendo el valor más alto desde el inicio del programa, en atención hospitalaria.

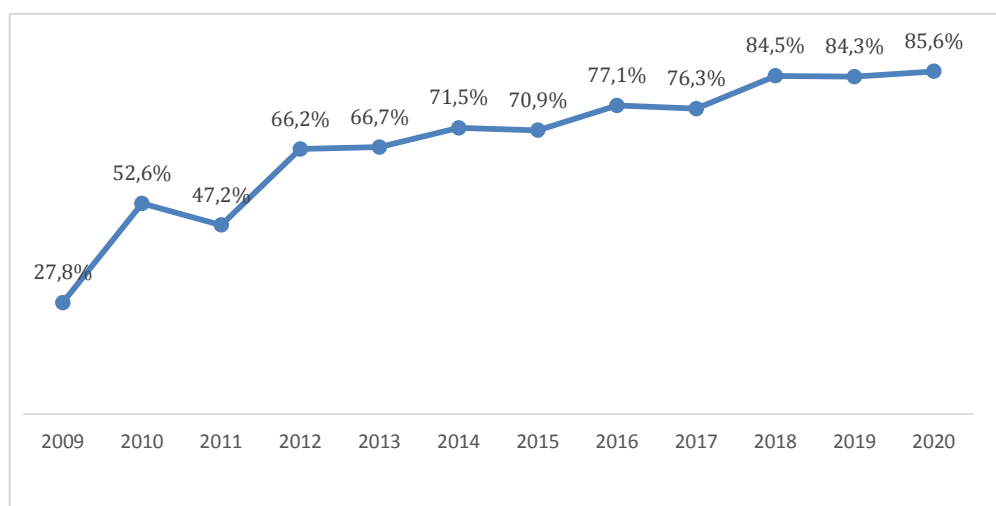


Figura 126.

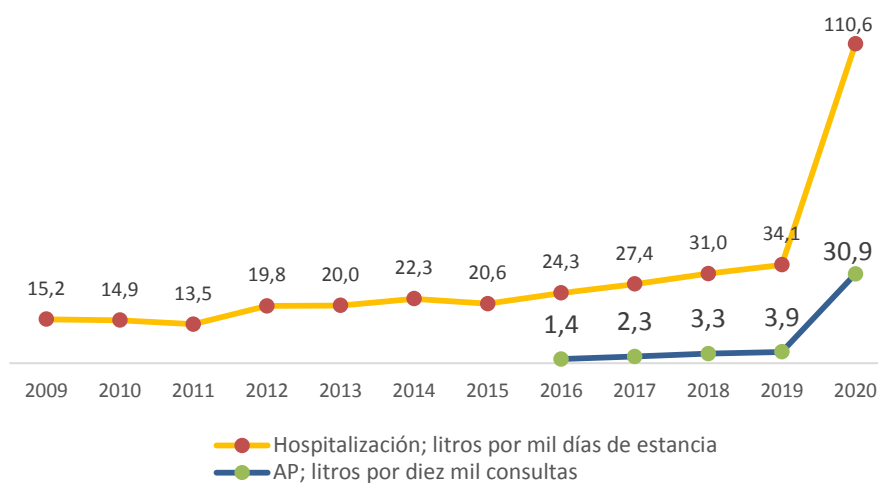


Figura 127.

- **Programa de seguridad del paciente crítico**

La pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto una crisis sin precedentes en el SNS que ha afectado de manera importante a la aplicación de las recomendaciones de los proyectos zero.

Los datos del registro ENVIN del último trimestre del año 2020 muestran una disminución del 28% de las UCI participantes y del 49% de pacientes incluidos.

- **BZ:** La tasa de bacteriemia primaria (BP) cuya reducción se mantenía en el tiempo, desde el año 2009, aumentó un 108,4% en el periodo analizado en 2020.

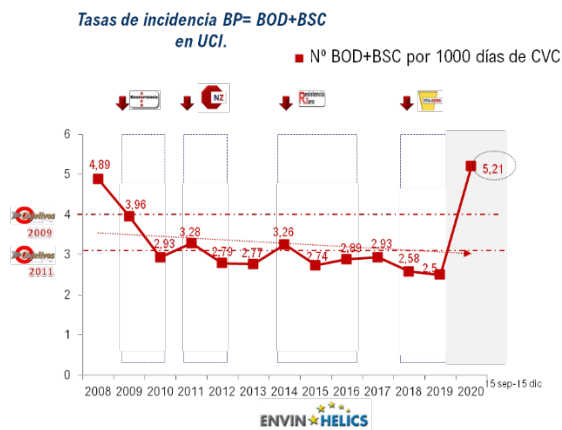


Figura 128.

- **NZ:** La tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM) siguió una clara tendencia decreciente desde el año 2010 hasta, sufriendo un incremento del 113,12% en el periodo analizado en 2020.

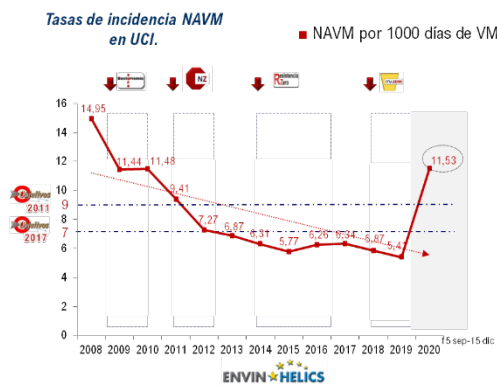


Figura 129.

- **ITUZ:** La tendencia descendente de la tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a sonda uretral (ITU-SU) muestra un incremento del 66,67% en el periodo analizado en 2020.

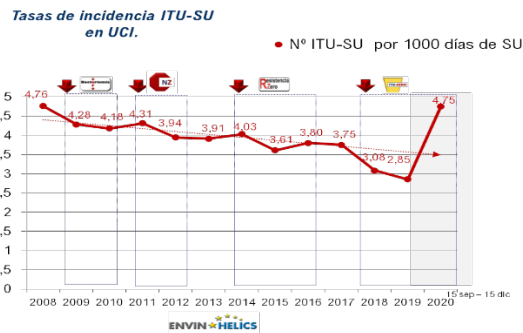


Figura 130.

- **Notificación de incidentes de seguridad en el SiNASP**

Durante el año 2020 se ha constatado una disminución de las notificaciones al SiNASP de un 21% (4.143 notificaciones en el 2020 frente a 5222 en 2019).

Por otro lado, se ha apreciado un aumento de la notificación de caídas (tres puntos o más con respecto a los años anteriores), incidentes relacionados con los procedimientos quirúrgicos (notificación en torno a tres puntos superior a años anteriores), e infección asociada a la asistencia sanitaria (más de dos puntos superior a los años previos).

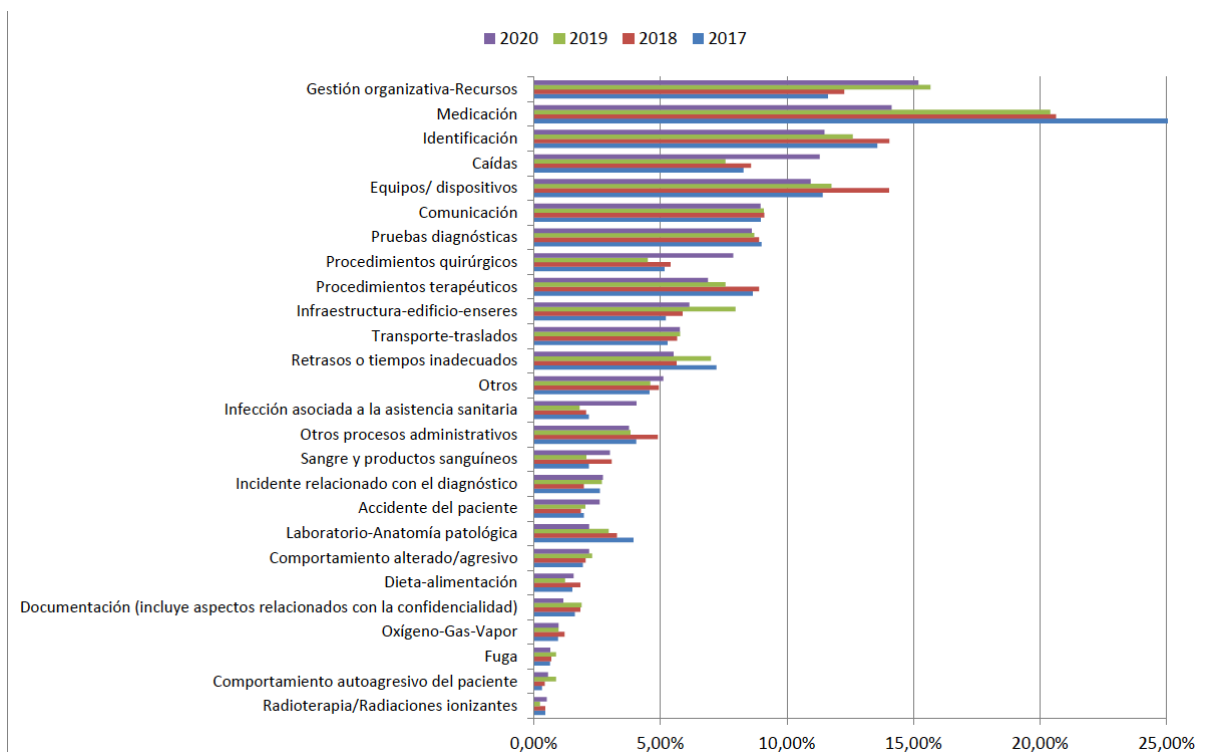


Figura 131.

CONCLUSIONES PRINCIPALES

Los indicadores en seguridad del paciente tienen por finalidad monitorizar situaciones de mejora asociados con la asistencia sanitaria, en general, y el desempeño profesional, teniendo en cuenta datos de estructura, proceso y resultado. Dichos indicadores deben permitir, identificar de forma válida situaciones que puedan precisar un análisis más profundo y facilitar así propuestas de mejoras a la luz de los datos obtenidos. Los indicadores utilizados en esta evaluación, han sido consensuados con las CC.AA. por ser las responsables de la recogida de datos para el necesarios análisis.

En este informe se presenta, de forma detallada una evaluación multifactorial, empleando diversas metodologías y fuentes de datos, de las acciones desarrolladas en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 pero también de la evolución de algunos de los indicadores (de los que se tiene datos) desde el inicio de la estrategia en el año 2006. Algunos indicadores, de estructura y proceso que fueron recogidos a través de cuestionarios en el año 2018, no se han podido volver a medir por causas relacionadas con la pandemia del SARS-CoV-2.

La presentación de los datos y conclusiones obtenidos en este informe contribuye a tener una visión tanto global como detallada del avance de los distintos programas y acciones recomendadas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, facilitando la identificación de barreras y de potenciales áreas de mejora que resulten oportunas considerando las evidencias y limitaciones existentes.

Según los datos aquí presentados, y teniendo sobre todo en cuenta los indicadores que se han venido monitorizando en años sucesivos, podríamos decir que en el marco de la Estrategia se han producido avances positivos como la mejora de la cultura de seguridad en estos años de desarrollo de la Estrategia, la creación de una red de alianzas y trabajo en seguridad del paciente en el SNS, el despliegue de la estrategia a todas las CC.AA. en el marco de sus propias estrategias o programas, el desarrollo de una infraestructura de seguridad de pacientes en la mayoría de centros sanitarios, como las unidades funcionales de gestión de riesgos, la formación en seguridad del paciente y el establecimiento de algunos de los programas de seguridad, especialmente los dirigidos a la prevención y control de las IAAS, así como los sistemas de notificación de incidentes. Sin embargo hay otros aspectos como como el uso seguro del medicamento, el programa de cirugía segura, la gestión de los EA graves o la participación de los pacientes, entre otros, que presentan un amplio margen de mejora, según la información disponible.

La evaluación de la percepción de los profesionales, en los cuestionarios aquí presentados, revela que todavía no existe el apoyo necesario por parte de los decisores políticos, gestores y directivos para la implantación exitosa de algunas acciones como por ejemplo, los sistemas de notificación de incidentes de seguridad. Factores como el debil compromiso de los líderes, la gestión inadecuada de estos sistemas a nivel regional y local (retrasos en la retro información a los profesionales y en la implantación de los planes de mejora, mantenimiento de la confidencialidad, etc.) así como la ausencia de una normativa nacional que proteja a los profesionales que participan en estos sistemas a ser llamados por un juez cuando lo requiera, contribuyen a la debilidad de estos sistemas en los que tantos recursos se están invirtiendo.

No cabe duda de que la crisis global por la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en el desarrollo de las estrategias y programas de seguridad del paciente que han quedado relegados para orientar los esfuerzos y los recursos (humanos y materiales) a dar respuesta al reto al que se enfrentaba el SNS. Esto ha repercutido, como se ha descrito aquí de forma

resumida, tanto en la aplicación de prácticas seguras como en el registro y recogida de datos necesarios para la evaluación. Es importante una vez superada la fase más crítica de la pandemia, reforzar el compromiso de las CC.AA. y Sociedades Científicas en programas clave como la prevención y control de las IAAS, el uso seguro de medicamentos, la seguridad en los procedimientos quirúrgicos y los sistemas de notificación de incidentes de seguridad.

El compromiso de los gestores y mandos intermedios es prioritario para que se produzca un cambio positivo en la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias que facilite el poder aprender de los errores a través de metodologías estandarizadas y promueva la formación continuada de los profesionales, especialmente de los de nueva incorporación, la aplicación de prácticas seguras y la implicación de los profesionales sanitarios de primera línea.

Es necesario, también promover la seguridad del paciente específicamente en la atención primaria y en los centros sociosanitarios, reforzando los recursos humanos, aportando herramientas e iniciativas innovadoras que faciliten la atención a los pacientes de forma segura, y facilitando formación y tiempo para la implicación de los profesionales en los programas en desarrollo. De forma que la atención primaria pueda seguir respondiendo con los más altos estándares de calidad y seguridad al papel que tiene encomendado en el SNS.

Entre las limitaciones de esta evaluación se pueden mencionar que a pesar de haber acordado con las CC.AA. los indicadores a evaluar y los componentes para su medición, no se conoce con precisión cómo las diferentes organizaciones sanitarias los han medido porque no existe un registro común para muchos de ellos. Tal y como se recogen los datos de muchos de estos indicadores, a través de la información facilitada por las CC. AA que a su vez la obtienen de los datos facilitados por los centros sanitarios (no siempre de forma automatizada y con variabilidad en su registro) hace suponer sesgos de información. La dificultad para obtener datos directamente de los centros sanitarios se soslaya en el caso de programas de seguridad que se nutren de registros específicos a nivel de centro sanitario cuya interpretación está sujeta, por tanto, a menos sesgos (como sucede con los proyectos zero o el SiNASP, por ejemplo).

En el caso de los indicadores de datos administrativos, estos son recogidos de forma estandarizada por profesionales, en principio, con formación específica para ello. No obstante, para evaluar seguridad del paciente sus limitaciones son: limitada capacidad para atribuir adecuadamente los sucesos encontrados en los registros al proveedor asistencial evaluado, la falta de correlato exacto del registro con el problema de seguridad y limitada capacidad para distinguir entre un problema de seguridad y complicación de la enfermedad del paciente.

Otra limitación a señalar es que los datos aquí referidos, se extienden solo hasta el año 2018 en la mayoría de indicadores. La recogida de indicadores del año 2019 debería de haberse realizado durante el año 2020 pero la situación crítica que ha experimentado nuestro SNS durante la pandemia, desaconsejó realizar tal medición. La próxima medición de indicadores se pretende recoja información del periodo 2020-2022, de manera que se pueda tener una tendencia posterior a la pandemia y así, valorar su impacto y reforzar las acciones más afectadas.

No obstante y a pesar estas limitaciones, la monitorización de los indicadores que aquí se presentan y la información recogida a través de diferentes cuestionarios, da una idea bastante aproximada del desarrollo de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS, así como de las barreras detectadas para su adecuada implantación y establece recomendaciones a nivel meso, macro y micro consensadas con las CC.AA.

7. Anexos

ANEXO 1: Tabla de objetivos, indicadores, tipo de centro sanitario y fuentes de datos

Línea estratégica 1: Cultura de seguridad

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
Objetivo 1. Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos			
1.	L1O1.1. Centros de Atención Primaria (CAP) que disponen de un plan de Seguridad del Paciente	CAP	CC.AA.
2.	L1O1.2. Hospitales que disponen de un plan de Seguridad del Paciente (SP)	Hospitales	CC.AA.

Línea estratégica 2: Prácticas clínicas seguras

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
Objetivo 2.1. Promover el uso seguro del medicamento			
3.	L2O2.1.1. Hospitales con protocolo para MAR	Hospitales	CC.AA.
4.	L2O2.1.2. CAP con protocolo para MAR en pacientes crónicos	CAP	CC.AA.
5.	L2O2.1.3. Hospitales con acciones de mejora en seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados	Hospitales	CC.AA.
6.	L2O2.1.4. Hospitales que realizan actuaciones de conciliación al alta	Hospitales	CC.AA.
7.	L2O2.1.5. Dispensación BDZ a ≥ 65 años con diagnóstico de insomnio	CAP	BDCAP
8.	L2O2.1.6. Dispensación de AINEs en pacientes con ECV	CAP	BDCAP
9.	L2O2.1.7. Dispensación de hipolipemiantes sin riesgo CV	CAP	BDCAP
10.	L2O2.1.8. Dispensación de neurolépticos	CAP	BDCAP
11.	L2O2.1.9. Dispensación de BDZ para el tratamiento de insomnio en ≥ 75 años	CAP	BDCAP
12.	L2O2.1.10. Notificaciones relacionadas con el uso de medicamentos y errores con daño		ISMP
13.	L2O2.1.11. número de actuaciones desarrolladas en el ISMP		ISMP
Objetivo 2.2. Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las IAAS			
14.	L2O2.2.1. Camas de UCI con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención	Hospitales	P. Higiene de manos datos de CC.AA.
15.	L2O2.2.2. Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención	Hospitales	P. Higiene de manos datos de CC.AA.
16.	L2O2.2.3. Consumo de PBA en hospitalización	Hospitales	P. Higiene de manos datos de CC.AA.
17.	L2O2.2.4. Consumo PBA en CAP	CAP	P. Higiene de manos datos de CC.AA.

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
18.	L202.2.5. Observación del cumplimiento de la higiene de manos	CAP/Hospitales	P. Higiene de manos datos de CC.AA.
19.	L202.2.6. Observación del uso de PBA	CAP/Hospitales	P. Higiene de manos datos de CC.AA.
20.	L202.2.7. Incidencia de Bacteriemia Primaria	Hospitales	Bacteriemia Zero ENVIN-HELICS
21.	L202.2.8. Incidencia de bacteriemia relacionada con catéter (BRC)	Hospitales	Bacteriemia Zero ENVIN-HELICS
22.	L202.2.9. Incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)	Hospitales	Neumonía Zero ENVIN-HELICS
23.	L202.2.10. Incidencia de Infección del tracto urinario por sonda uretral (ITU-SU)	Hospitales	ITU Zero ENVIN-HELICS
24.	L202.2.11. Porcentaje de pacientes con ITU-SU respecto al total de pacientes	Hospitales	ITU Zero ENVIN-HELICS
25.	L202.2.12. Ratio de utilización de sonda uretral	Hospitales	ITU Zero ENVIN-HELICS
26.	L202.2.13 Tasas de pacientes con una o más BMR. Colonización adquirida en UCI	Hospitales	Resistencia Zero ENVIN-HELICS
27.	L202.2.14. Tasas de pacientes con una o más BMR. Infección adquirida en UCI	Hospitales	Resistencia Zero ENVIN-HELICS
Objetivo 2.3. Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía			
28.	L202.3.1. Hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura	Hospitales	P.Cirugía Segura datos de CC.AA.
29.	L202.3.2. Profesionales (de quirófano) que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP	Hospitales	P.Cirugía Segura datos de CC.AA.
30.	L202.3.3. Profesionales (de quirófano) que completan la formación en SP prevista en el programa	Hospitales	P.Cirugía Segura datos de CC.AA.
31.	L202.3.4. Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado el LVQ	Hospitales	P.Cirugía Segura
32.	L202.3.5. Listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata	Hospitales	P.Cirugía Segura
33.	L202.3.6. Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica	Hospitales	P.Cirugía Segura
34.	L202.3.7. Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico	Hospitales	RAE-CMBD
35.	L202.3.8. Utilización de etiquetado de medicación	Hospitales	P. Cirugía Segura
36.	L202.3.9. Tasa de reingresos en pacientes sometidos a una intervención quirúrgica	Hospitales	RAE-CMBD
37.	L202.3.10. Trombosis venosa profunda postquirúrgica	Hospitales	RAE-CMBD
38.	L202.3.11. Mortalidad hospitalaria en cirugía programada	Hospitales	RAE-CMBD
39.	L202.3.12. Hospitales que tienen identificado un coordinador médico y enfermero del programa IQZ	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
40.	L202.3.13. Proporción de hospitales con las normas de profilaxis antibiótica quirúrgica actualizadas		No se recogen estos datos en P.IQZ. Eliminado
41.	L202.3.13. Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica	Hospitales	P. IQZ BBDD específica

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
42.	L202.3.14. Cumplimiento global de la aplicación de clorhexidina alcohólica	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
43.	L202.3.15. Cumplimiento global de la eliminación del vello	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
44.	L202.3.16. Cumplimiento global de la normotermia	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
45.	L202.3.17. Cumplimiento global de la normoglucemia	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
46.	L202.3.18. Incidencia de eventos adversos ligados a la aplicación del protocolo IQZ	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
47.	L202.3.19. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ por localización quirúrgica. Global	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
48.	L202.3.20.1. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ en cirugía de colon	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
49.	L202.3.20.2. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ en prótesis de cadera (PTC)	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
50.	L202.3.20.3. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ en prótesis de rodilla (PTR)	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
51.	L202.3.20.4. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ en bypass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto (CBGB)	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
52.	L202.3.20.5. Incidencia acumulada de ILQ- BILQ en bypass aortocoronario con sólo incisión torácica (CBGC)	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
53.	L202.3.21. Incidencia de reingreso por ILQ- BILQ para todas las intervenciones	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
54.	L202.3.22. Incidencia de reintervención por ILQ- BILQ para todas las intervenciones	Hospitales	P. IQZ BBDD específica
55.	L202.3.23. Tasa de complicaciones asociadas con la atención médica		Sin criterios obtención para CIE 10. Eliminado
56.	L202.3.24. Neumotórax iatrogénico	Hospitales	RAE-CMBD
57.	L202.3.25. Sepsis postquirúrgica	Hospitales	RAE-CMBD
58.	L202.3.26. Dehiscencia de herida quirúrgica abdominopélvica en adultos	Hospitales	RAE-CMBD
59.	L202.3.27. Hemorragia o hematoma postoperatorio	Hospitales	RAE-CMBD
60.	L202.3.28. Cuerpo extraño dejado accidentalmente durante un procedimiento	Hospitales	RAE-CMBD
61.	L202.3.29. Infección relacionada con la utilización de catéter venoso central	Hospitales	RAE-CMBD
62.	L202.3.30. Trombosis venosa profunda postquirúrgica en cirugía de sustitución de cadera o rodilla	Hospitales	RAE-CMBD
63.	L202.3.31. Tromboembolismo pulmonar postquirúrgico en cirugía de sustitución de cadera o rodilla	Hospitales	RAE-CMBD
Objetivo 2.4. Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes			
64.	L202.4.1. Pacientes ingresados con planes de cuidados	Hospitales	CC.AA.
65.	L202.4.2. Úlceras por presión (UPP)	Hospitales	RAE-CMBD

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
84.	L303.2.6. Notificaciones con daño	CAP/Hospitales	CC.AA.
85.	L303.2.7. Notificaciones relacionadas con medicamentos	CAP/Hospitales	CC.AA.
86.	L303.2.8. Notificaciones relacionadas con RDI	CAP/Hospitales	CC.AA.
87.	L303.2.9. Incidentes notificados en el periodo de estudio	CAP/Hospitales	SINASP
88.	L303.2.10. Ratio de notificaciones en hospitales	Hospitales	SINASP
89.	L303.2.11. Ratio de notificaciones en CAP	CAP	SINASP
90.	L303.2.12. Gravedad de los incidentes notificados	CAP/Hospitales	SINASP
91.	L303.2.13. Identificación del notificante	CAP/Hospitales	SINASP
92.	L303.2.14. Tiempo medio de asignación de notificaciones (días)	CAP/Hospitales	SINASP
93.	L303.2.15. Tiempo medio de gestión de las notificaciones (días)	CAP/Hospitales	SINASP
94.	L303.2.16. Notificaciones ≥ 1 mes no gestionadas	CAP/Hospitales	SINASP
95.	L303.2.17. Notificaciones con acciones de gestión documentadas	CAP/Hospitales	SINASP
96.	L303.2.18. Notificaciones SAC1 y SAC2 con indicación de ACR	CAP/Hospitales	SINASP
97.	L303.2.19. Notificaciones con indicación de ACR	CAP/Hospitales	SINASP
98.	L303.2.20. Notificaciones con indicación de ACR finalizados	CAP/Hospitales	SINASP
99.	L303.2.21. Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones	CAP/Hospitales	SINASP
100.	L303.2.22. Envío de email a los notificantes	CAP/Hospitales	SINASP
101.	L303.2.23. Informes guardados en el sistema	CAP/Hospitales	SINASP
102.	L303.2.24. Informes difundidos a los profesionales	CAP/Hospitales	SINASP
103.	L303.2.25. Sesiones de presentación de casos	CAP/Hospitales	SINASP

Línea estratégica 4: Participación de pacientes y ciudadanos




Nº	Indicador	Tipo Centro sanitario	Fuente de datos
Objetivo 4.1. Promover la participación de los pacientes y sus cuidadores en la seguridad del paciente			
104.	L404.1.1. Hospitales con plan de acogida para los pacientes ingresados	Hospitales	CC.AA.
105.	L404.1.2. Hospitales que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes	Hospitales	CC.AA.
106.	L404.1.3. CAP que realizan acciones formativas sobre SP para los pacientes	CAP	CC.AA.
107.	L404.1.4. Hospitales con protocolo de acompañamiento de pacientes hospitalizados	Hospitales	CC.AA.

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
66.	L202.4.3. Pacientes ingresados >48h. que han desarrollado UPP	Hospitales	CC.AA.
67.	L202.4.4. Caídas en pacientes hospitalizados	Hospitales	CC.AA.
68.	L202.4.5. Hospitales que cuentan con un protocolo de contención mecánica terapéutica	Hospitales	CC.AA.
Objetivo 2.5. Promover la identificación inequívoca del paciente			
69.	L202.5.1. Hospitales con protocolo para la identificación inequívoca de pacientes	Hospitales	CC.AA.
70.	L202.5.2. Hospitales con protocolo de identificación inequívoca de pacientes para procedimientos de riesgo	Hospitales	CC.AA.
71.	L202.5.3. Hospitales con protocolo para identificación y trazabilidad de muestras biológicas	Hospitales	CC.AA.
Objetivo 2.7. Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de EA graves en los Centros sanitarios			
72.	L202.7.1. Hospitales con plan de abordaje de EA graves	Hospitales	CC.AA.
73.	L202.7.2. CAP con plan para de abordaje de EA graves	CAP	CC.AA.
Objetivo 2.8. Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos			
74.	L202.8.1. Servicios de Pediatría que han recibido formación sobre optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante	Hospitales	CC.AA.
75.	L202.8.2. Hospitales que realizan un mapa de riesgos de los procesos de la Unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear	Hospitales	CC.AA.
76.	L202.8.3. Hospitales en los que se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia	Hospitales	CC.AA.

Línea estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación de incidentes

Nº	Indicador	Tipo centro sanitario	Fuente de datos
Objetivo 3.1. Promover la gestión de los riesgos en los centros sanitarios			
77.	L303.1.1. Hospitales con Unidades de Gestión de Riesgo (UGR) funcionantes	Hospitales	CC.AA.
78.	L303.1.2. CAP con UGR funcionantes	CAP	CC.AA.
Objetivo 3.2. Promover la implantación y desarrollo de Sistemas de notificación de IAAS para el aprendizaje			
79.	L303.2.1. Hospitales con sistemas de notificación de incidentes	Hospitales	CC.AA.
80.	L303.2.2. CAP con sistemas de notificación de incidentes	CAP	CC.AA.
81.	L303.2.3. Notificaciones de incidentes procedentes de hospitales	Hospitales	CC.AA.
82.	L303.2.4. Notificaciones de incidentes procedentes de CAP	CAP	CC.AA.
83.	L303.2.5. Notificaciones sin daño	CAP/Hospitales	CC.AA.

ANEXO 2. Cuestionarios

 <p>MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD</p>	 <p>IQZ INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO</p>	 <p>CS Cirugía Segura</p>
---	--	--

CUESTIONARIO A LOS REFERENTES DE LAS CC.AA. CON RESPECTO A LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO. REUNIÓN 19 DE DICIEMBRE DE 2018- MSCBS

1. Nombre de la su CC.AA. _____

2. ¿Participa su CC.AA. en el Programa de Cirugía Segura e IQZ del SNS?

SÍ NO

Si ha marcado NO, explique por qué _____

SI HA MARCADO SÍ, POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

3. ¿Cuántos hospitales participantes de su CC.AA. están introduciendo datos en el proyecto Cirugía segura (<http://www.cirugiasegura.es/>)?

Nº de hospitales de la CC.AA. susceptibles de adherirse al proyecto _____

Nº de hospitales que se han adherido _____

Nº de hospitales que introducen datos _____

4. ¿Cuántos hospitales participantes de su CC.AA. están introduciendo datos en el proyecto Infección quirúrgica zero (<https://infeccionquirurgicazero.es/es/>)?

Nº de hospitales de la CC.AA. susceptibles de adherirse al proyecto _____

Nº de hospitales que se han adherido _____

Nº de hospitales que introducen datos _____

5. ¿Tiene acceso a los datos a los datos de sus hospitales a través de la plataforma del programa cirugía segura?

SÍ NO

6. ¿Se ha realizado alguna reunión en el año 2018, a nivel de CC.AA., para ver la evolución de los proyectos del programa de cirugía segura?

SÍ NO

Si ha marcado NO, explique por qué _____

7. Señale, las barreras más importantes que han dificultado el desarrollo de estos proyectos durante 2017

a) Falta de recursos

b) Falta de apoyo y liderazgo de los gestores y mandos intermedios

c) Insuficiente participación de los profesionales de bloque quirúrgico

d) Falta de formación

e) Déficits de comunicación e información entre los coordinadores de la CC.AA. y los de los hospitales

f) Otro, por favor describa: _____

8. Señale, los elementos más importantes que han facilitado el desarrollo de los proyectos durante 2017

a) Provisión adecuada de recursos

b) Apoyo y liderazgo de los gestores y mandos intermedios

c) Implicación de los profesionales del bloque quirúrgico

d) Disponibilidad de formación

e) Buena comunicación y flujo de información entre los coordinadores de la CC.AA. y los de los hospitales

f) Otro, por favor describa: _____

9. ¿Se han incluido específicamente en la estrategia (Plan o Programa) de Seguridad del Paciente de su CC.AA. los objetivos ligados a la seguridad quirúrgica?

SÍ NO

Si ha marcado NO, explique por qué

10. ¿Se han incluido los objetivos ligados a la seguridad quirúrgica en el acuerdo de gestión con los hospitales de su CC.AA.?

SÍ NO

Si ha marcado NO, explique por qué

11. Describa qué actividades han realizado en su CC.AA., durante el año 2018, para afianzar los proyectos de seguridad en el bloque quirúrgico

12. ¿Han desarrollado alguna acción para informar a los pacientes/familiares de estos proyectos?

SI. Describa

NO. Explique por qué

13. ¿Han desarrollado alguna acción para informar a otros colectivos sanitarios de dentro o fuera del hospital de estos proyectos?

SÍ. Describa

NO. Explique por qué

14. Otros aspectos que quiera señalar

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



CUESTIONARIO A LOS REFERENTES DE LAS CC.AA. CON RESPECTO A LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD EN LOS PACIENTES CRÍTICOS REUNIÓN 13 DE NOVIEMBRE DE 2018- MSCBS

1. Nombre de la CC.AA. _____

2. ¿Cuántas UCI participantes de su CC.AA. han alcanzado durante el año 2017, los objetivos propuestos en los proyectos zero?
 - BZ (≤ 3 episodios por 1.000 días de catéter venoso central)
Nº DE UCI QUE ALCANZAN EL OBJETIVO _____
Nº DE UCI PARTICIPANTES _____
Si no se ha alcanzado el objetivo en alguna UCI ¿Por qué ha sido?

 - NZ (≤ 7 episodios por 1.000 días de ventilación mecánica)
Nº DE UCI QUE ALCANZAN EL OBJETIVO _____
Nº DE UCI PARTICIPANTES _____
Si no se ha alcanzado el objetivo en alguna UCI ¿Por qué ha sido?

 - RZ (tasa media anual de pacientes que adquieren una BMR < 5%)
Nº DE UCI QUE ALCANZAN EL OBJETIVO _____
Nº DE UCI PARTICIPANTES _____
Si no se ha alcanzado el objetivo en alguna UCI ¿Por qué ha sido?

3. ¿Se está aplicando la rama de seguridad en las UCI adheridas al programa?
 - SÍ
 - NO
 - No lo sé
 - Comentarios:

4. ¿Se ha realizado alguna reunión en el año 2017 para presentar los resultados del proyecto Resistencia Zero?
 - SÍ
 - NO
 - Si ha marcado NO, explique por qué ha sido

5. Señale, las barreras más importantes que han dificultado el desarrollo de estos proyectos durante 2017
- a) Falta de recursos
 - b) Falta de apoyo y liderazgo de los gestores y mandos intermedios
 - c) Insuficiente participación de los profesionales de las UCI
 - d) Falta de formación
 - e) Déficits de comunicación e información entre los coordinadores de la CC.AA. y los de los hospitales
 - f) Otro, por favor describa: _____
6. Señale, los elementos más importantes que han facilitado el desarrollo de los proyectos durante 2017
- a) Provisión adecuada de recursos
 - b) Apoyo y liderazgo de los gestores y mandos intermedios
 - c) Implicación de los profesionales de las UCI
 - d) Disponibilidad de formación
 - e) Buena comunicación y flujo de información entre los coordinadores de la CC.AA. y los de los hospitales
 - f) Otro, por favor describa: _____
7. ¿Se ha realizado una sesión de presentación del proyecto ITU-ZERO en su CC.AA.?
- SÍ
- NO
- Si ha marcado NO, explique por qué ha sido
- _____
- _____
8. ¿Han firmado los directores o gerentes de los hospitales participantes un contrato o acuerdo de colaboración en el proyecto ITU-ZERO?
- SÍ
- NO
- Si ha marcado NO, explique por qué ha sido
- _____
9. Describa qué actividades han realizado en su CC.AA., durante el año 2017, para afianzar los proyectos de seguridad en los pacientes críticos
- _____
10. ¿Han realizado o van a realizar una auditoría de sus UCI?
- Sí: describa
- _____

- NO. Explique por qué no

11. ¿Han desarrollado alguna acción para informar a los pacientes/familiares de estos proyectos?
- Sí.
 - NO. Explique por qué no _____
12. ¿Han desarrollado alguna acción para informar a otros colectivos sanitarios de dentro o fuera del hospital de estos proyectos?
- Sí. Describa:
 - NO.
13. ¿Cuántas veces se ha reunido el equipo coordinador/asesor de su CC.AA. durante el año 2017? (indique sólo el número): _____
14. Otros aspectos que quiera señalar

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3: Siglas y acrónimos

ACR	Análisis Causa Raíz
AV	Autoevaluación
AINEs	Antinflamatorios no esteroideos
BDCAP	Base de Datos Clínicos de Atención Primaria
BDZ	Benzodicepinas
BB.DD	Base de Datos
BILQ	Bacteriemia asociada a Infección del Lugar Quirúrgico Bacterias Multirresistentes
BMR	Bacterias Multi-Resistentes
BRC	Bacteriemia Relacionada con el Catéter venoso central
BZ	Bacteriemia Zero
CAP	Centro de Atención Primaria
CBGB	Bypass aortocoronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto
CBGC	Bypass aortocoronario con sólo incisión torácica
CC.AA.	Comunidad/es Autónoma/s
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CSUR-SNS	Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud
CVC	Catéter Venoso Central
EA	Evento Adverso
ECV	Enfermedad Cardiovascular
ENVIN	Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ECV	Enfermedad Cardio-Vascular
HC	Historia Clínica
HM	Higiene de Manos
IAAS	Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria
ILQ	Infección del Lugar Quirúrgico
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
IQZ	Infección Quirúrgica Zero
ISMP	Institute for Safe Medication Practices

ITU	Infecciones de Tracto Urinario
ITU-SU	Infecciones del Tracto Urinario por Sonda Uretral
ITUZ	Infección del Tracto Urinario Zero
LVQ	Listado de Verificación Quirúrgica
MAR	Medicamentos de Alto Riesgo
MARC	Medicamentos de Alto Riesgo para pacientes Críticos
MIR	Médico Interno Residente
MS	Ministerio de Sanidad (a partir de 2019)
NAVM	Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica
NZ	Neumonía Zero
PaSQ	Patient Safety and Quality of care
PBA	Preparado de Base Alcohólica
PROA	Programa de Optimización de uso de Antimicrobianos
PTR	Prótesis de rodilla
PTC	Prótesis de cadera
RAE-CMBD	Registro de Atención Especializada (antiguo CMBD)
RAM	Resistencia a los Antimicrobianos
RDI	Radiaciones Ionizantes
RZ	Resistencia Zero
SAC	Severity Assessment Code
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguridad del Paciente
SU	Sonda Uretral
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UGR	Unidad de Gestión del Riesgo
UPP	Úlcera por Presión
VM	Ventilación Mecánica

