



## > objetivos y líneas de acción

---

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

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

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

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

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

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

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

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

**FIGURA 1 / MAPA DE PROCESOS**



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

## 4.1. PROCESOS ESTRATÉGICOS

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

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

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

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

### 4.1.1. Gestión de la calidad asistencial

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

#### > **Objetivos específicos**

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

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

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

### **Líneas de acción:**

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

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

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

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

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

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

#### **Líneas de acción:**

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

#### **4.1.2. Formación**

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

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

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

### > **Objetivos específicos**

#### **5) Plan de formación**

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

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

### 4.1.3. Investigación

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

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

#### > **Objetivos específicos**

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

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

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

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

## 4.2. PROCESOS DE SOPORTE

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

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

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

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

### 4.2.1. Implicación del paciente y persona cuidadora

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

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

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

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

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

### > **Objetivo específico**

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

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

#### **Líneas de acción:**

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

#### 4.2.2. Sistemas de información

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

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

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

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

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

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

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

### > **Objetivo específico**

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

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

### 4.2.3. Notificación

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

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

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

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

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

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

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

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

### > **Objetivo específico**

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

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

#### **Líneas de acción:**

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

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

#### 4.2.4. Observatorio de seguridad del paciente

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

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

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

##### > **Objetivo específico**

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

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

##### **Líneas de acción:**

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

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



### 4.3. PROCESOS OPERATIVOS

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

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



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

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

### 4.3.1. Contacto con el sistema

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

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

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

#### > **Objetivos específicos**

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

###### **Líneas de acción**

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

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

###### **Líneas de acción**

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

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

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

#### Líneas de acción

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

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



### 4.3.2. Valoración del paciente y persona cuidadora

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

#### > **Objetivos específicos**

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

#### **Líneas de acción**

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

**15) Valoración de la persona cuidadora**

#### **Líneas de acción**

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

### 4.3.3 Asistencia

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

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

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



## > **Objetivos específicos**

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

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

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

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

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

### **Líneas de acción**

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

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

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

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

#### 17) Prevenir la infección nosocomial

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

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

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

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



## Líneas de acción

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

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

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



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

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

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

## Líneas de acción

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

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

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

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

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

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

## Líneas de acción

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

- Verificación preoperatoria de persona, procedimiento y sitio quirúrgico.

- Marcar el sitio quirúrgico.
- Verificación en quirófano.

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

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

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

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



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

### **Líneas de acción**

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

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

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

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

### **Líneas de acción**

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

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

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

### **Líneas de acción**

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

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

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

## 23) Monitorización de las extubaciones no planeadas

### Líneas de acción

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



#### 4.3.4. Alta/ Continuidad asistencial

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

##### > **Objetivo específico**

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

##### **Líneas de acción**

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

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

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

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

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

> PROCESOS ESTRATÉGICOS

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

> PROCESOS DE SOPORTE

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

> PROCESOS OPERATIVOS

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