

**PLAN DE ACCIÓN
PARA LA MEJORA
DE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE
DE LA REGIÓN
DE MURCIA**

PAMSP2012/16



PLAN DE ACCIÓN
PARA LA MEJORA
DE LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE
DE LA REGIÓN
DE MURCIA

PAMSP2012/16

© Autor: Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente.

Edita: Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

ISBN: 978-84-96994-72-0

Depósito Legal: MU-410-2012

Imprime: Artes Gráficas Mariano Bó, S.L.

Impreso en España

No se permite la reproducción total o parcial de esta publicación, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del autor.

Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

PAMSP2012/16

Índice

1	Presentación	11
2	Profesionales participantes	15
3	Contexto y desarrollo	19
	Introducción	19
	Misión, visión y valores	21
	Objetivos	23
	Análisis de situación y de desarrollo actual	25
	Ámbito de aplicación	29
	Metodología empleada para la elaboración del Plan	31
	Líneas Estratégicas	35
4	El Plan de Acción: Las medidas a llevar a cabo según sus líneas estratégicas	39
	Estructura organizativa del Plan de Acción	43
	Plan de trabajo	45
	Evaluación y seguimiento	47
5	Glosario de términos	53
6	Bibliografía de referencia	57
7	Anexos	69
	I. Líneas de actuación desarrolladas del Programa de Seguridad del Paciente	69
	II. Normas de organización y funcionamiento de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo Sanitario	79
	III. Indicadores	83

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16

1

Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Presentación

Los avances sanitarios que se han producido en los últimos años en la Región de Murcia son fruto del esfuerzo de todos los profesionales que trabajan por mantener un nivel asistencial adecuado a las exigencias actuales. Debemos sentirnos orgullosos de lo conseguido. Sin embargo, y dada la complejidad y el grado de desarrollo de nuestro sistema de salud, en ocasiones se producen eventos adversos secundarios a la atención sanitaria, que debemos evitar o, al menos, minimizar.

La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de estos eventos adversos a deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento de los sistemas. Las estrategias propuestas por numerosas organizaciones internacionales están encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo.

En nuestro País, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en coordinación con las Comunidades Autónomas, ha impulsado una estrategia de trabajo, en consonancia con los objetivos marcados por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, propuesta en 2004 por la Organización Mundial de la Salud.

Desde 2006, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Programa de Seguridad del Paciente, ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención sanitaria.

La elaboración de un Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente, para el periodo de tiempo comprendido entre 2012 y 2016, es un compromiso de futuro que pretende proyectar unas líneas de actuación que converjan todas ellas en una atención más segura y de calidad.

M^a Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Política Social

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Profesionales participantes

COORDINACIÓN

Clemente Soubriet, Teresa
Ramos Hernández, María Paz
Sánchez Martínez, Ascensión
Valbuena Moya, Susana Olga

COLABORADORES

Alcaraz Martínez, Julián
Celdrán Lorente, Josefa
Giménez Arnau, Francisco Javier
Gomis Cebrián, Rafael
López-Picazo Ferrer, Julio José
López Soriano, Francisco
Saura Llamas, José

PARTICIPANTES

Aguilera Musso, Belén
Aranda García, Ana
Ariza Copado, María Ángeles
Bonet Conesa, Carlos Francisco
Casado Galindo, Enrique José
Castillo Gómez, Carmen
Contessotto Spadetto, Claudio
García Motos, Consuelo
Gutiérrez Aranda, Juana María
Leal Llopis, Jesús
Martínez de Guzmán, Marina
Meroño Rivera, María Dolores
Rausell Rausell, Víctor José
Rubio Gil, Esther

COLABORACIÓN

Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA)

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Contexto y desarrollo

Desde que se publicara, en el año 2000, el informe *To err is human: building a safer health system*, han sido muchos los estudios que han puesto de manifiesto efectos no deseados derivados de la asistencia sanitaria en sus diferentes ámbitos; muchos de ellos evitables.

Toda actividad humana está sujeta a error y la medicina no es una excepción; el desarrollo tecnológico y científico ha transformado nuestro sistema sanitario en un sistema moderno pero de complejidad creciente, que entraña mayores riesgos potenciales.

En la actualidad se acepta que los efectos no deseados, secundarios a la atención sanitaria, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad, cuyas consecuencias repercuten en la salud de los pacientes y llevan asociado un elevado impacto económico y social, Moser, ya en 1956, las llamó “las enfermedades del progreso de la medicina”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria.

La seguridad del paciente constituye un componente clave de la calidad asistencial, que ha ido adquiriendo una relevancia creciente en los últimos años, convirtiéndose actualmente en una prioridad para los sistemas sanitarios avanzados.

En nuestro País, los responsables de salud de las distintas Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su papel de coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), han situado la seguridad del paciente en el centro de sus políticas sanitarias.

La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS se constituye en uno de los grandes ejes de actuación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estableciéndola como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad.

En consonancia con las estrategias y líneas de actuación nacionales e internacionales, la seguridad del paciente forma parte de las líneas de ac-

tuación de la política y estrategia sanitaria de la Región de Murcia, como queda reflejado en los sucesivos planes de Salud.

El Programa Regional de Seguridad del Paciente, de forma operativa, ha dado cabida en los últimos años a múltiples proyectos. El esfuerzo y la implicación creciente en esta materia de profesionales y gestores ha puesto de manifiesto, paulatinamente, la necesidad de promover un Plan de Acción que fundamentalmente pretende aportar seguridad, eficacia y eficiencia a la actividad sanitaria y avanzar metódicamente en el compromiso de todos con la seguridad, la mejora continua y el aprendizaje de los errores.

Así, la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, junto con el Servicio Murciano de Salud, asumiendo el principio ético *primum non nocere*, promueven este Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente, que se desarrollará durante los años 2012 a 2016.

El objeto de este Plan es minimizar los riesgos asistenciales, auspiciando la mejora de la calidad asistencial mediante la disminución de las circunstancias que pueden causar daños al paciente en relación con la asistencia prestada, con una actitud eminentemente preventiva que propicie un cambio profundo en nuestra cultura organizacional.

MISIÓN

Impulsar y coordinar la implantación de prácticas seguras, así como colaborar en actividades de investigación y formación en Seguridad del Paciente, que lleven a minimizar el riesgo de que el paciente sufra daños asociados a la asistencia sanitaria, en los centros asistenciales de la Región de Murcia.

VISIÓN

Situarnos en unos niveles de seguridad que hagan que la Región de Murcia sea referencia a nivel nacional, tanto por las mejoras obtenidas como por la creación de herramientas y proyectos que tras demostrar su utilidad en nuestros pacientes, puedan ser exportados a otras regiones para contribuir a la mejora de sus niveles de calidad.

Es también nuestra intención que este Plan conduzca a que la cultura de seguridad esté presente en las diferentes actividades que se lleven a cabo en todos los puntos asistenciales.

VALORES

1. Orientación al aprendizaje, creando una cultura institucional que impulse el aprendizaje activo con compromiso ético.
2. Gestión por procesos, introduciendo la seguridad del paciente de forma transversal en el diseño de todos los procesos del servicio de salud.
3. Formación, orientando las acciones formativas de los profesionales a las necesidades identificadas en seguridad del paciente.
4. Optimización de recursos, desarrollando una gestión efectiva, eficiente, equitativa y transparente de los recursos.
5. Trabajo en equipo, avanzando en la seguridad del paciente mediante la cooperación de todos los profesionales.
6. Orientación a la excelencia, utilizando la mejor evidencia científica disponible en la planificación y desarrollo de las actividades.
7. Participación ciudadana, promoviendo actividades informativas y de participación social relacionadas con la cultura de seguridad.

GENERAL

Mejorar la seguridad del paciente (SP) en el Servicio Murciano de Salud (SMS) en todos los niveles asistenciales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la situación actual de la seguridad del paciente en el SMS.
2. Promocionar prácticas que impulsen y mejoren la seguridad del paciente mediante:
 - a. La formación y el “uso compartido de experiencias de éxito” en todo el ámbito del SMS.
 - b. La implantación de diferentes programas como los relativos a la higiene de manos, identificación inequívoca de pacientes, cirugía segura, Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SiNASP), entre otros.
3. Promover la participación e implicación de los pacientes y de los ciudadanos en la mejora de su propia seguridad.
4. Potenciar la investigación para el desarrollo de la seguridad del paciente.
5. Crear los mecanismos necesarios estructurales o funcionales para promover proyectos e iniciativas.

Desde el año 2005 el Programa de Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad y Política Social y el SMS, con el soporte de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, están desarrollando múltiples actuaciones que contribuyen a incrementar la seguridad de los pacientes.

La estructura organizativa sobre la que se ha sustentado la seguridad del paciente hasta el momento es la siguiente: Dirección estratégica, Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección ejecutiva, Coordinador Regional del Programa de Seguridad del Paciente, dependiente de la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias y Responsable de Implantación de Proyectos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS. Nivel operativo, Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo (UFGR).

A continuación se enumeran las líneas de actuación que han sido desarrolladas y coordinadas por este Programa, los contenidos específicos de cada una de las líneas se detallan en el anexo 1.

LÍNEA DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES

En 2007 se inició esta línea con la implantación de brazaletes identificativos de polipropileno en pacientes atendidos en todos los hospitales públicos de la Región. Con posterioridad, mediante lectores de códigos de barras, se está integrando la identificación en numerosos procesos. También se dispone en los hospitales con maternidad de un sistema de Identificación Inequívoca de Recién Nacidos, que utiliza el registro de una gota de sangre del cordón umbilical del recién nacido y de la madre.

LÍNEA DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

Se inició en 2006 con la implantación de la campaña “Manos limpias salvan vidas” y la introducción de preparados de base alcohólica en todas las Áreas de Salud.

En 2008 se elaboró un Plan de Vigilancia de Infección Nosocomial, a partir de la realización de dos estudios multicéntricos sobre incidencia de multirresistentes y mortalidad atribuible a infección nosocomial, el informe de recursos existentes y necesidades para su control.

Se han constituido los equipos para la implantación de un sistema prospectivo de vigilancia y control de la infección nosocomial, con formación específica para directivos e integrantes de los equipos.

También se ha puesto en marcha un aplicativo informático integrado en la historia clínica hospitalaria para soporte de los equipos de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Fue a partir de 2009, con la adhesión al Proyecto Nacional para la Mejora de la Higiene de Manos y a la Estrategia Multimodal de la OMS de todas las gerencias, cuando se inició la formación para el conocimiento de los “5 Momentos para la Higiene de Manos” y se creó un logotipo que identifica visualmente esta estrategia de la OMS en relación a la higiene de manos en la Región:



Con la elaboración del “Curso Básico *on line* de Higiene de Manos” y un juego interactivo de entrenamiento y aprendizaje, la realización de “Talleres 5 Momentos” y estudios observacionales se sigue avanzando en la mejora de la higiene de manos.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales del SMS participan en el proyecto “Bacteriemia Zero”, para la prevención de bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales, así como en el de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica.

LÍNEA DE CIRUGÍA SEGURA

Durante el año 2009 se ha implantado el listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS en todos los quirófanos de los hospitales públicos del SMS. Se realizó una auditoría al año de su implantación y se trabaja actualmente en la integración del listado de verificación quirúrgico en la

historia clínica electrónica.

LÍNEA DE USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

Se ha creado un Grupo de Trabajo para el Uso Seguro del Medicamento con el objetivo de conocer la situación basal de seguridad del sistema de utilización de medicamentos de los hospitales, para lo que se ha aplicado el Cuestionario de Autoevaluación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento.

Se ha fomentado la participación activa de los pacientes en su tratamiento mediante la elaboración de un video informativo para las TV de salas de espera de centros asistenciales, con recomendaciones para un uso seguro de los medicamentos.

En 2010 se puso en marcha un proyecto para estandarizar las concentraciones de citostáticos incluidos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales públicos de la Región.

LÍNEA DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dentro del Plan Estratégico Común del SMS se ha establecido una línea formativa específica en seguridad del paciente, con el soporte del aula virtual de la Fundación para la Formación y la Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, que abarca desde un curso básico *on line* de 30 horas lectivas, hasta higiene de manos e infección relacionada con la asistencia sanitaria.

También se ha elaborado un video divulgativo sobre cultura de seguridad del paciente y un resumen de los proyectos desarrollados en la Región, que se difunde en las pantallas de TV de salas de espera de algunos centros asistenciales. En el portal sanitario de la Región (www.murciasalud.es) se encuentra la página web del Programa de Seguridad del Paciente, que pone a disposición de profesionales, pacientes y ciudadanos los objetivos, proyectos y actividades de las líneas estratégicas del programa.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

El programa en la Región se inicia en 2005 con la realización de un estudio regional sobre eventos adversos en todos los hospitales del SMS con la metodología del Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados

a la Hospitalización (ENEAS). Sin embargo, es a través de los convenios de colaboración con el Ministerio de Sanidad, donde mayor número de profesionales de la Región han participado. Se han realizado 35 proyectos, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

El presente Plan es aplicable a todas las áreas de Salud de la Región de Murcia, cuya población de referencia asciende a 1.446.520 habitantes; para lo que cuenta con 10 hospitales con un total de 2.921 camas, 81 centros de salud, 189 consultorios, 27 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 14 bases del 061 y 12 Puntos de Atención Continua (PAC), 14 centros de salud mental, y 15 unidades de cuidados paliativos.

Los recursos humanos están formados por 19.648 profesionales.

3

Metodología empleada para elaborar el Plan de Acción

Tomando como base el análisis de la situación actual, el grupo de trabajo liderado por la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente de la Región de Murcia ha utilizado la técnica de detección de problemas y generación de ideas denominada *Brainstorming* (tormenta de ideas). Una vez identificados los distintos contextos, el grupo opta por realizar un análisis de campo de fuerzas, como técnica de gestión para el diagnóstico de situaciones, que evalúa las fuerzas impulsoras y limitantes que les afectan, con el objetivo de detectar cuales son las barreras que hay que superar, estableciéndose el nivel de priorización (de 1 a 10).

Entre las fuerzas impulsoras que se han encontrado destacan:

FUERZAS IMPULSORAS	PRIORIDAD	CÓMO POTENCIAR SU ACCIÓN
Predisposición a evitar daños por parte de los profesionales	7.9	
Apoyo e impulso institucional	7.3	Presupuesto específico para seguridad del paciente.
Implicación de los responsables de las Áreas de Salud	7.2	Potenciar la figura del responsable de SP en el Área.
Indicadores específicos de seguridad del paciente en los contratos de gestión	7	Repercusión en la productividad. Inclusión en los contratos de gestión de indicadores en el nivel de liderazgo de SP y difusión de resultados. Estabilidad de los indicadores de SP durante la vigencia del Plan de Acción. Indicadores de SP por servicios.
Sensibilización de los profesionales con experiencias previas	6.7	Divulgación de las notificaciones y análisis. Compartir experiencias.
Mayor conciencia y demanda social en SP	6.5	Campañas informativas para los ciudadanos. Difusión de la importancia de la seguridad del paciente en los medios de comunicación.
Oferta formativa específica	6.1	Formación básica obligatoria.
Evidencias científicas sólidas en la Estrategia	6	Difusión de publicaciones relacionadas con estas evidencias.
La implantación de medidas sencillas pueden tener grandes repercusiones	6	Apoyo e impulso de las medidas que han tenido éxito.
No supone grandes inversiones	5.8	
Posibilidad de formar en SP a los profesionales en formación	5.6	Impulso de actividades formativas.
Coste de la no seguridad	5.6	Realización de estudio de costes y difundirlos.
Alineada con otras comunidades autónomas y otros países	5	

Los factores limitantes o barreras que destacan:

FUERZAS LIMITANTES	PRIORIDAD	CÓMO CONTRARRESTAR SU ACCIÓN
Resistencia al cambio Inercia del sistema	8.7	Divulgación de resultados favorables por las UFGR.
Escasa cultura de seguridad del paciente de los profesionales Miedo al error	8.5	Formación continua e información Compartir experiencias. Cambio de denominación: Culpable/responsable.
Comunicación mejorable entre niveles asistenciales y paciente	8.2	Coordinación entre niveles asistenciales.
Gestión de personal	8	Elaboración de perfiles profesionales. Méritos en buenas prácticas y tutelaje en incorporaciones .
Insuficiente motivación de los profesionales	8	Carrera profesional.
Reducido impacto de los objetivos de seguridad del paciente en contratos de gestión	8	Incluir en los contratos de gestión indicadores en el nivel de liderazgo. Estabilidad de los indicadores de seguridad del paciente durante la vigencia del Plan de Acción.
Carencia de objetivos de seguridad del paciente en centros concertados	8	Inclusión de objetivos específicos en seguridad del paciente en los pliegos de condiciones.
Insuficiente continuidad entre niveles asistenciales	7.9	Protocolizar, normalizar y difundir actuaciones entre niveles asistenciales en el Área de Salud.
Escasa concienciación sobre las repercusiones de la no seguridad Falta <i>feedback</i> al profesional	7.8	Difusión de resultados y de la epidemiología de los eventos adversos por parte de las UFGR.
Insuficiente compromiso a nivel institucional (equipos directivos) Limitados recursos humanos para liderar la Estrategia de Seguridad	7.8	Objetivos en el contrato de gestión. Formación de los equipos directivos. Estructura organizativa. El tiempo invertido en actividades de SP tendrá el mismo valor que el tiempo dedicado a labores asistenciales.
UFGR poco desarrolladas	7.4	Inclusión de las UFGR en la estructura organizativa y creación de una UFGR Regional.
Desconfianza del personal respecto a la aplicación de medidas correctoras	7.4	

FUERZAS LIMITANTES	PRIORIDAD	CÓMO CONTRARRESTAR SU ACCIÓN
Falta de protocolos establecidos	7.2	UFGR coordinarán equipos multidisciplinares para favorecer la elaboración de protocolos. Protocolización normalizada a nivel regional. Normas de obligado cumplimiento basadas en buenas prácticas clínicas.
Registros inadecuados a las necesidades de SP	7.2	
Sobrecarga asistencial	7.1	Medición del rendimiento individual.
Dificultades presupuestarias	7.1	Optimizar recursos y rendimiento de equipos con un alto coste de mantenimiento.

Inicialmente, siguiendo la metodología recomendada en el análisis de campo de fuerzas, se plantea gestionar los factores limitantes o barreras, desplegando actividades tendentes a mejorar el compromiso con la seguridad de los pacientes de todos los profesionales de la salud de la Región de Murcia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS YA ESTABLECIDAS Y EN DESARROLLO

Las Líneas Estratégicas ya establecidas y en desarrollo del Programa de Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad y Política Social y el SMS desde el año 2005.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS ESPECÍFICAS Y PROPIAS

Líneas Estratégicas específicas y propias de este Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente en la Región de Murcia:

- Promover la cultura de seguridad en el SMS.
- Potenciar la evaluación continua de la seguridad de nuestros centros y servicios.
- Mejorar la seguridad del paciente.
- Fomentar la participación ciudadana.
- Realizar investigación sobre seguridad del paciente en nuestra Comunidad Autónoma.
- Línea de Seguridad del Paciente de Salud Mental.
- Orientar toda la estructura y organización del SMS hacia la seguridad del paciente.

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

El Plan de Acción. Las medidas a llevar a
cabo según sus Líneas Estratégicas

1. PROMOVER LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

- Realizar actividades de formación continua e información, incluyendo a todos los profesionales, directivos y formadores.
- Organizar una jornada anual sobre seguridad del paciente dirigida a sensibilizar a los directivos y profesionales, difusión de resultados y compartir experiencias.
- Elaborar e impartir un programa de actividades docentes sobre seguridad del paciente dirigido a todos los niveles del *continuum* formativo de los profesionales en Ciencias de la Salud:
 - Fomentar la elaboración, difusión y acceso de actividades formativas *on line* sobre seguridad del paciente.
 - Facilitar información y formación sobre seguridad del paciente a los estudiantes de Ciencias de la Salud, con convenio formativo en vigor, cuando se formen en las instituciones y servicios del SMS.
 - Para los especialistas en formación en Ciencias de la Salud (residentes):
 - a. Impartir una actividad formativa de seguridad del paciente en el Programa Transversal y Complementario del Residente (PTCR).
 - b. Fomentar otras actividades formativas sobre seguridad del paciente, adaptadas a las necesidades específicas de la especialidad correspondiente.
 - Asegurar una formación básica obligatoria en seguridad del paciente, previo a la incorporación de los nuevos profesionales al SMS.
 - Impartir actividades y cursos de formación continuada a los profesionales del SMS, con preferencia a los profesionales que no hayan realizado previamente esta formación.
 - Facilitar el acceso a esta formación a los formadores y docentes del SMS.
 - Incluir conceptos sobre seguridad del paciente relacionados con la materia tratada, de forma transversal en todos los cursos de formación.
 - Que las actividades para la mejora de la seguridad del paciente formen parte de la actividad habitual de los profesionales y el

tiempo dedicado a ellas tenga el mismo valor que el dedicado a asistencia.

2. POTENCIAR LA EVALUACIÓN CONTINUA DE LA SEGURIDAD DE NUESTROS CENTROS Y SERVICIOS

- Difusión a las gerencias de los objetivos alcanzados y adherencia de las distintas líneas estratégicas desarrolladas en la Región de Murcia, por parte de la UFGR Regional.
- Durante la vigencia del Plan, todos los contratos de gestión celebrados en el SMS contemplarán los indicadores de seguridad del paciente propuestos, con objeto de valorar y evaluar la evolución de los mismos.

3. MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La Consejería de Sanidad y Política Social y el SMS integrarán la seguridad del paciente en cualquier acción que se desarrolle en su ámbito de actuación.
- Cada gerencia adaptará el Plan de Acción de acuerdo con las necesidades detectadas en su ámbito de actuación, como complemento a las líneas de actuación comunes, marcando objetivos específicos evaluables por servicios.
- Progresar en el desarrollo de la prescripción electrónica asistida, lo que contribuirá a la implantación de buenas prácticas en el uso seguro del medicamento.
- Conseguir una adecuada coordinación entre niveles asistenciales.
- Elaborar protocolos regionales sobre seguridad del paciente.
- Establecer normas de obligado cumplimiento, basadas en buenas prácticas clínicas.
- Avanzar, con los responsables implicados, en la elaboración de perfiles profesionales, méritos en buenas prácticas y en el tutelaje en las incorporaciones.
- Plena implantación y funcionamiento del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.

4. FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Se potenciarán los estudios sobre las sugerencias, quejas y recla-

maciones de los usuarios de los servicios sanitarios y los informes sobre encuestas de satisfacción, con el fin de conocer su percepción e identificar oportunidades de mejora.

- Fomento de mecanismos de participación ciudadana, tanto desde Servicios Centrales del SMS como en cada una de las áreas de Salud.

5. REALIZAR INVESTIGACIÓN SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

- Realizar estudios de costes de la “no seguridad” y difundirlos a los profesionales.
- Estimular y promocionar trabajos de investigación aplicada sobre seguridad del paciente en nuestra comunidad autónoma.

6. LÍNEA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL

Se incluye una línea específica para salud mental debido a que la enfermedad mental confiere una mayor vulnerabilidad. Los riesgos pueden derivarse del propio comportamiento de estos pacientes, del comportamiento de otros pacientes o resultado directo de su propia enfermedad o de sus tratamientos o cuidados.

Dado que las caídas y el uso seguro del medicamento ya cuentan con su propia línea, con esta se pretende contar con medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de pacientes en los dispositivos de la red de salud mental (especialmente en las unidades de hospitalización).

Las medidas que se llevarán a cabo en esta línea:

- Elaborar protocolos regionales sobre la seguridad del paciente en servicios de salud mental para el comportamiento agresivo o antisocial, autolesiones y suicidio, fugas y/o abandonos no programados de la unidad, seguridad sexual y garantía de derechos en la hospitalización.
- Elaborar y/o adaptar por parte de cada gerencia los procedimientos/protocolos de acuerdo a las necesidades detectadas en su ámbito de actuación.
- Implantar estos protocolos en las diferentes gerencias.
- Facilitar la formación sobre seguridad del paciente en salud mental a

todos los profesionales implicados.

7. ORIENTAR TODA LA ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL SMS HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Incluir la Seguridad del Paciente en el organigrama del SMS.
- Crear una UFGR Regional, de la que formará parte un miembro de la UFGR de cada gerencia, el Coordinador Regional del Programa de Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad y Política Social y el Responsable de Implantación de Proyectos del SMS.
- Establecer objetivos específicos de seguridad del paciente en los pliegos de condiciones de centros concertados y criterios y estándares en los protocolos de acreditación de centros siguiendo el Decreto N° 9/2010, de 12 de febrero, por el que se Regula la Acreditación de los Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Incluir en los contratos de gestión indicadores de seguridad del paciente en el nivel de liderazgo.
- Promover el pleno funcionamiento de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo.
- Impulsar la figura del Responsable de Seguridad del Paciente del Área.
- Implantar la seguridad del paciente (identificación inequívoca, higiene de manos, prácticas seguras, y otros) como objetivo prioritario en todos los procesos y procedimientos.
- Continuar con el desarrollo de las líneas estratégicas marcadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, estableciendo por parte de la Coordinación del Programa de Seguridad del Paciente de la Consejería de Sanidad y Política Social unos criterios mínimos de cumplimiento para cada una de las líneas.

Para la consecución de lo reseñado en el punto anterior será preciso impulsar la estructura organizativa ya existente, quedando de la siguiente forma:

- La **dirección estratégica** de la Seguridad del Paciente en la Región de Murcia se realizará desde la Consejería de Sanidad y Política Social.
- La **coordinación de actividades** se ejecutará por el Coordinador Regional del Programa de Seguridad del Paciente de la Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad y Política Social y por un Responsable de Implantación de Proyectos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.
- La **dirección ejecutiva** se llevará a cabo por los gerentes de cada una de las áreas de Salud.
- El **nivel operativo** será responsabilidad de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo de cada Área de Salud, cuyas funciones se recogen en el Anexo 2.

El Plan de trabajo recoge las medidas priorizadas que se llevarán a cabo según sus Líneas Estratégicas. Intenta responder a las necesidades actuales, siendo conscientes de que alguna de las fuerzas limitantes no van a poder ser gestionadas en el periodo de vigencia, pero al menos se iniciará alguna medida que pueda conducir en un futuro a contrarrestar su acción.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	2012	2013	2014	2015	2016
Promover la cultura de seguridad en el Servicio Murciano de Salud						
Jornada anual sobre Seguridad del Paciente	Coordinación del Programa de SP					
Programa de Actividades Docentes	Coordinación del Programa de SP y UFGR					
Potenciar la evaluación continua de la seguridad de nuestros centros y servicios						
Difusión a las gerencias de los objetivos alcanzados y adherencia de las distintas líneas estratégicas	UFGR Regional					
Los contratos de gestión contemplarán los indicadores de seguridad del paciente, con objeto de valorar y evaluar la evolución de los mismos	Coordinación del Programa de SP					
Mejorar la seguridad del paciente						
Progresar en el desarrollo de la prescripción electrónica asistida	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Coordinación entre niveles asistenciales	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Plena implantación y funcionamiento del SINASP	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Elaborar protocolos regionales sobre SP	UFGR Regional					
Normas de obligado cumplimiento, basadas en buenas prácticas clínicas	UFGR Regional					

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	2012	2013	2014	2015	2016
Mejorar la seguridad del paciente						
Avanzar en la elaboración de perfiles profesionales y méritos en buenas prácticas, y en el tutelaje en las incorporaciones	Gerencia SMS / D. Gral. de Asistencia Sanitaria del SMS/ Coordinación del Programa de SP					
Fomentar la participación ciudadana						
Gestión y análisis de sugerencias, quejas, reclamaciones y encuestas de satisfacción	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Fomento de mecanismos de participación ciudadana	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Realizar investigación sobre seguridad del paciente en nuestra Comunidad Autónoma						
Estimular y promocionar trabajos de investigación sobre SP	UFGR Regional					
Estudios de costes de la “no seguridad” y difusión a los profesionales	UFGR Regional					
Salud mental						
Elaborar protocolos regionales sobre SP en salud mental	UFGR Regional					
Elaboración y/o adaptación de procedimientos/protocolos para minimizar riesgos (autolesiones, suicidios, fugas, accidentes, etc.)	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Orientar toda la estructura y organización del SMS hacia la seguridad del paciente						
Creación de la UFGR Regional	Gerencia SMS/D. Gral. de Asistencia Sanitaria del SMS					
Potenciación de las UFGR	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Impulsar la figura del responsable de SP del Área	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					
Continuar con las líneas estratégicas marcadas por el Mº Sanidad y la Consejería	Coordinación del Programa de SP					
Establecer objetivos específicos de seguridad del paciente en los pliegos de condiciones de centros concertados	Gerencia SMS / D. Gral. de Asistencia Sanitaria del SMS					
Incluir en los contratos de gestión indicadores de seguridad del paciente en el nivel de liderazgo	Coordinación del Programa de SP					
La SP como objetivo prioritario en todos los procesos	Gerentes de Área, 061 y Salud Mental					

El objetivo de la evaluación es valorar la utilidad del Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente en la Región de Murcia, la adecuación de las distintas actividades y recursos y los resultados obtenidos.

Los indicadores que se utilizarán serán de estructura, proceso y resultados. Los de estructura y proceso valorarán la adecuación de las actividades y recursos y los de resultados e impacto del Plan se medirán en función de los objetivos marcados. Los tres tipos de indicadores se determinarán anualmente.

Se proponen los indicadores consensuados en el grupo de trabajo para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, indicadores regionales de elaboración propia y algunos de los indicadores de calidad propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS, cuyo desarrollo se recoge en el Anexo 3.

Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos
1. Porcentaje de áreas de Salud y gerencias con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o Unidades que asuman estas funciones operativas
2. Nº de sesiones de trabajo de la UFGR Regional
Identificación de pacientes
3. Porcentaje de hospitales y gerencias con Protocolo de Identificación de Pacientes
Infección relacionada con la atención sanitaria
4. Densidad de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en UCI
5. Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica
Cirugía segura
6. Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado
7. Porcentaje de cumplimentación de los ítems del listado en su totalidad, en cada uno de los tres momentos (entrada, pausa, salida)
8. Profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos

Caídas
9. Caídas en pacientes ingresados
10. Valoración del riesgo de caídas
Úlceras por presión
11. Úlceras por presión
12. Cuidados adecuados en pacientes de riesgo de úlceras por presión
Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
13. Porcentaje de áreas de Salud y gerencias con SiNASP implantado
14. Nº de notificaciones recibidas hace más de un mes y no gestionadas
Uso seguro del medicamento
15. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolos para medicamentos de alto riesgo
16. Porcentaje de mejora en el resultado final del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales con relación a evaluaciones anteriores
17. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolos para conciliar la medicación al alta
Higiene de manos
18. Porcentaje de áreas de Salud y gerencias con Plan de Actuación siguiendo la Estrategia Multimodal de la OMS
19. Disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención
Profilaxis tromboembólica
20. Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo
21. Pacientes con prescripción de tromboprofilaxis
Formación
22. Porcentaje de profesionales sanitarios que realizan cursos de formación dirigidos a mejorar el grado de cultura de seguridad
23. Porcentaje de cursos en los que se incluye de forma transversal la seguridad del paciente relacionada con la materia tratada
Uso compartido de experiencias de éxito
24. Nº de participantes en la "Jornada sobre Seguridad del Paciente"
Participación de pacientes y ciudadanos
25. Nº de acuerdos para desarrollo de acciones de mejora de los motivos más frecuentes sugeridos o reclamados relacionados con la seguridad de los pacientes
Seguridad del paciente en los centros concertados del SMS
26. Pliegos de condiciones para centros concertados con el SMS con objetivos específicos en seguridad del paciente

Seguridad del paciente de salud mental

- Comportamiento agresivo o antisocial:

27. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de actuación ante el paciente agresivo y/o violento

28. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de contención mecánica

- Autolesiones y suicidio:

29. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de prevención de la conducta suicida

- Fugas y/o abandonos no programados de la Unidad:

30. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de actuación de fugas y/o abandonos no programados

- Seguridad sexual:

31. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de supervisión y vigilancia de seguridad sexual

- Garantía de derechos en la hospitalización:

32. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de garantía de derechos en la hospitalización

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Glosario de términos

Atención sanitaria: Servicios recibidos por personas o comunidades con el fin de promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.

Daño asociado a la asistencia sanitaria: Daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

Evento adverso: Es un incidente que produce daño al paciente.

Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Medidas adoptadas para reducir el riesgo: Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente.

Paciente: Persona que recibe atención sanitaria.

Plan de Seguridad: Documento que se crea con el objeto de apoyar y promover la misión, visión y valores de una organización, con el interés puesto en la mejora continua de la seguridad de todos los pacientes. Define las prioridades de seguridad institucional y establece los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes y reducir los riesgos, errores y otros acontecimientos adversos.

Riesgo: Probabilidad de que se produzca un incidente.

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria, hasta un mínimo aceptable.

Sistema de notificación: Procesos y tecnologías implicados en la estandarización de la comunicación de eventos adversos o incidentes u otros riesgos.

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Bibliografía de referencia

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality, March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007), pag. 29. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>

Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria?. An. Sist. Sanit. Navar. 2003;26(2):195-209.

Bratzler DW, Houck PM, for the Surgical Infection Prevention Guidelines Writers Group. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. CID. 2004;38(15 June):1706-1715.

National Quality Forum (NQF), National Voluntary Consensus Standards for Prevention and Care of Venous Thromboembolism: Additional performance measures. A Consensus Report, Washington, DC:NQF;2008. Curr Opin Cardiol. 2004 Nov;19(6):570-4.

Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep;126(3 Suppl):338S-400S.

National Institute for Health and Clinical Excellence. The assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004. <http://www.nice.org.uk/CG021>

Kucher N, Koo S, Quiroz R, Cooper JM, et al. Electronic alerts to prevent venous thromboembolism among hospitalized patients. New England Journal of Medicine. 2005, 352(10), 969-1036.

Caprini JA, Arcelus JI. State of the art venous thromboembolism prophylaxis. SCOPE on Phlebology & Lymphology 1:2005, 228-240.

Indicadores hospitalarios de calidad asistencial y de seguridad del paciente a través del CMBD-AH. Región de Murcia, 2005. Consejería de

Sanidad.

Bañeres J, Orrego C, Suñol R y Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona. Rev. Calidad Asistencial. 2005;20(4):216-22.

García Fernández FP, Carrascosa García MI, Vellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, Casa Maldonado F, Laguna Parra JM, Mármol Fergueras MA, Dominguez Maeso A. Guía para el manejo de: Riesgo de la integridad cutánea, deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la integridad tisular, relacionado con las úlceras por presión. Marco conceptual enfermero. Evidentia 2005 sept; 2(sup). [ISSN: 1697-638X]. http://www.index-f.com/evidentia/2005supl/guia_uapp.pdf

Ruiz López P, González Rodríguez-Salinasa C, Alcalde Escribano J. Análisis de causa raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8.

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

Rubenstein LZ, Josephson KR. Intervenciones para reducir los riesgos multifactoriales de caídas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(Supl 2):45-53.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. (Revised). Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Plan de Riesgos Sanitarios. Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.

O'Connor P, Creager J, Mooney S, Laizner A, Ritchie J. Taking aim at fall injury adverse events: Best practices and organizational change. Healthcare Quarterly. 2006;9(Sp):43-49.

Pronovost P, Needham F, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S,

Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006; 355:2725-2732.

Pancorbo-Hidalgo PL, García- Fernández FP, López-Medina IM, Álvarez-Nieto C. Risk Assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *Journal of advanced Nursing* 2006; 54(1): 94-110.

Con la seguridad en mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. Informe del Observatorio Julio 2006. <http://www.npsa.nhs.uk>

Informe de los resultados de la encuesta Delfos sobre la introducción a la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. 2007. Grupo de redacción de la CISP. OMS.

Otero MJ. La gestión de riesgos en la prevención de errores de medicación. En: Formación continuada en farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Madrid. Arán, Ediciones, S.L; 2007.p.109-51.

Proyecto formativo sobre errores de medicación en la Universidad de la Unidad de Farmacia Clínica y Farmacoterapia. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. <http://www.ub.es/farmaciaclinica/projectes/errors/sp/>

Gestión y mejora de la seguridad del paciente. Tutorial y herramientas de apoyo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Salamanca para la realización de actividades relativas a la mejora de la seguridad del uso de los medicamentos en los hospitales españoles. Diciembre 2007.

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Lista de medicamentos de alto riesgo Diciembre 2007. http://www.ismp-espana.org/ficheros/medicamentos_alto_riesgo.pdf

Medrano Ortega FJ, Navarro Puerto A, Vidal Serrano S, Alonso Ortiz del Río C, Gutiérrez Tous R, Marín León I y cols. Guía PRETEMED- 2007

sobre prevención de enfermedad tromboembólicavenosa en patología médica. Córdoba: SADEMI, 2007.

Hernández Aguado I, Aibar C, Lumbreras B, Aranaz J. Planificación y programación en atención a la salud. En Piédrola G et al. Medicina Preventiva y Salud Pública 11ª ed. Barcelona: Elsevier, 2008: 1193-1198.

Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, Heit JA, Samama CM, Lassen MR, Colwell CW. Prevention of venous thromboembolism. The Eighth ACCP Conference on antithrombotic and thrombolytic therapy. Chest. 2008; 133:381S-453S.

Alerta nº 8 Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Medicamentos de alto riesgo.

Ávila Acamer C, Bonias López J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz Mallebrera A, Jaén Gomariz Y, López Casanova P, Martínez López V, Palomar Llatas F, Tornero Plá AM, Viel Navarro N. Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Conselleria de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2008. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_425.pdf

The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Lesiones por presión- manejo de las lesiones por presión. 2008;12(3).

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Nine Patient Safety Solutions. <http://www.ccforspatientsafety.org/Patient-Safety-Solutions/>

Validación de indicadores de calidad utilizados en el contexto internacional: indicadores de seguridad de pacientes e indicadores de hospitalización evitable. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Versión española de University of Michigan Health System Patient Safety Toolkit. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción. 2008.

Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin (Barc) 2008;131(Supl 3):64-71.

Muscedere JG, Martin CM, Heyland DK. The impact of ventilator-asso-

ciated pneumonia on the Canadian health care system. *J Crit Care* 2008; 23:5-10.

Aranaz Andrés JM, Requena Puche J, Gallardo Martínez D, Pérez-Chacón Barragán F. Sistemas de notificación y registro de sucesos adversos. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ. *Gestión Sanitaria Calidad y seguridad de los pacientes*. Fundación Mapfre. Ed. Díaz de Santos. 2008. p. 253-57.

Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana. 2009-2013. Conselleria de Sanitat. Valencia 2009.

Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2009. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero 2009. World Health Organization.

Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.

Tejero JM, Leal A. Diseño de indicadores: monitorización de la calidad. En: SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *Manual de Calidad Asistencial*. 2009. p.119-149.

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. Edita: SESCOAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. the Safe Surgery Saves Lives Study Group. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.

Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

Pérula de Torres, Carlos José; Pérula de Torres, Luis Ángel. Valoración de una revisión sistemática sobre la incidencia, los factores de riesgo y las consecuencias de las caídas de los ancianos en España. *Evidentia*. 2009 abr-jun; 6(26). <http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6962.php>

Titos Arcos JC, Sánchez Quiles I, Iranzo MD, Martínez Bueno MA, León

J, Ramón T. Evaluación en almacenamiento y conservación de medicamentos de alto riesgo en botiquines de planta. VII Congreso Regional Calidad Asistencial. Cartagena 2009.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins ACOG Practice Bulletin No 104 Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. Obstet Gynecol May 2009; 113(5) : 1180-1189.

El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. Informe. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

Version 4.1 technical documentation AHRQ Quality Indicators. December, 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/TechnicalSpecs41.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>

Aibar C. La Unidad Funcional de Seguridad del Paciente del Servicio Aragonés de Salud: un modo de enfocar la mejora de la seguridad del paciente. El médico 2010; 1114: 12-15.

Decreto n.º 9/2010, de 12 de febrero, por el que se regula la acreditación de los centros, establecimientos y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/24.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Venous thromboembolism - reducing the risk. 2010. <http://guidance.nice.org.uk/CG92>

Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de

Salud. 2011-2016.

O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, Lipsett PA, Masur H, Mermel LA, Pearson ML, Raad II, Randolph AG, Rupp ME, Saint S; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Am J Infect Control*. 2011 May;39(4 Suppl 1):S1-34.

Indicadores de calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Murcia. Octubre 2011.

Bonten MJ. Healthcare epidemiology: Ventilator-associated pneumonia: preventing the inevitable. *Clin Infect Dis* 2011; 52: 115-121.

Soldevilla Agreda, J. J.; Torra i Bou, J.-E.; Verdú Soriano, J.; López Casanova, P.: 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes1. *GEROKOMOS* 2011; 22 (2): 77-90.

Michota FA. Venous thromboembolism prophylaxis in medical patients. Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures Discharges 04-01-11 (2Q11) through 12-31-11 (4Q11) VTE-1-3.

IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; [acceso 29-07-11]. Surgical Checklist [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en Guía NICE. <http://app.ihl.org/imap/tool/>

Tomàs Vidal AM, Hernández Yeste MS, García Raya MD, Marín Fernández R, Cardona Roselló J et al. Prevalencia de úlceras por presión en la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares. *Enferm Clin*. 2011;21(4):202—209.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013>

Plan estratégico de seguridad de pacientes del Servicio Extremeño de Salud. http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/plan_estrategico_seguridad_pacientes.pdf

Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental.

http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_GESTION_DE_RIESGOS_SANITARIOS_EN_SALUD_MENTAL.pdf

Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/bibliotecaonline/publicaciones-Consejeria/buscador/guia-seguridad-atencion-personas-trastornos-mentales>

Safety, privacy and dignity in mental health units: guidance on mixed sex accommodation for mental health services. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014653.pdf

Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf

Para **tu** salud,
por **seguridad**
Programa de Seguridad del Paciente

PAMSP2012/16



Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia

Anexos

Identificación inequívoca de pacientes

- 2006 Selección del sistema para la identificación inequívoca de los pacientes. Brazaletes de polipropileno con logotipos y color corporativo regional.
- 2007 Implantación de los brazaletes identificativos en los pacientes ingresados de todos los hospitales.
Elaboración de un protocolo para la identificación y filiación en el SMS.
- 2008 Ampliación del sistema para la identificación de pacientes con los brazaletes de polipropileno a otras áreas del hospital: Hospital de Día, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y Diálisis.
- 2009 Ampliación del sistema para la identificación de pacientes con los brazaletes de polipropileno a todas las áreas de urgencias de los hospitales.
Adquisición de lectores de códigos de barras para integrar la identificación de los pacientes mediante los brazaletes en procedimientos.
- 2010 Identificación inequívoca de recién nacidos mediante sangre del cordón en todos los hospitales con maternidad del SMS.
- 2011 Seguridad y control transfusional corporativo.

Prevención de la infección asociada a la atención sanitaria

- 2006 Implantación de la campaña “Manos limpias salvan vidas”. Introducción de los preparados de base alcohólica en todas las gerencias de atención primaria y especializada.
- 2007 Realización de dos estudios multicéntricos sobre incidencia de multirresistentes en hospitales de la Región y mortalidad atribuible a infección nosocomial. Informe sobre recursos existentes y necesidades para control y vigilancia de infección nosocomial.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

- 2006 Elaboración del Plan de Vigilancia de Infección Nosocomial para los hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Murcia. Constitución de los Equipos para Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial. Formación específica para directivos y los integrantes de los equipos. Cursos de técnica adecuada de la higiene de manos.
- 2009 Adhesión al Proyecto Nacional para la Mejora de la Higiene de Manos:
 Adhesión de todas las gerencias a la Estrategia Multimodal de la OMS.
 Formación para el conocimiento de los “5 Momentos para la Higiene de Manos”.
 Distribución de cartelería divulgativa de los “5 Momentos de la Higiene de Manos” propuesta por la OMS.
 Creación y divulgación de un logotipo que identifica visualmente toda la Estrategia Multimodal de la OMS en relación con la higiene de manos.
 Celebración el día 5 de mayo como “Día Internacional para la Higiene de Manos”.
 Adhesión de las cinco UCI de los hospitales públicos al proyecto nacional “Bacteriemia Zero”.
- 2010 Proyecto Regional para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.
 Elaboración del aplicativo informático para la vigilancia y control de la infección nosocomial en la historia clínica electrónica (SELENE).
 Higiene de manos. Plan de acción de acuerdo a la estrategia multimodal de la OMS.
 Talleres 5 momentos. Actividades formativas para formación de observadores.
- 2011 Puesta en marcha del aplicativo informático para la vigilancia y control de la infección nosocomial en SELENE.
 “Curso Básico *on line* de Higiene de Manos”, para todos los profesionales del SMS. (Curso capacitación).
 Juego interactivo de entrenamiento y aprendizaje para la mejora de la higiene de manos.
 Autoevaluación del nivel de desarrollo de la Estrategia Multimodal.
 Participación en el concurso nacional de ideas del 5 de mayo.
 Estudios observacionales.
 Evaluación de las mejoras de los puntos débiles detectados en el plan de acción tras la autoevaluación.

Cirugía segura

- 2009 Implantación del listado de verificación quirúrgica propuesto por la OMS en todos los quirófanos de los hospitales públicos del SMS. Adaptación del listado propuesto por la OMS a las peculiaridades de cada centro.
- 2010 Auditoría de la implantación y cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.
- 2011 Integración del listado de verificación quirúrgico en la historia clínica informatizada.

Uso seguro del medicamento

- 2006 Creación del Grupo de Trabajo para el Uso Seguro del Medicamento.
Analizar la situación basal de seguridad del sistema de utilización de medicamentos de los hospitales, identificando puntos de riesgo y oportunidades de mejora.
- 2009 Fomento de la participación activa de los pacientes en el tratamiento. Elaboración de un video formativo para las pantallas TV de salas de espera de centros asistenciales, con recomendaciones para un uso seguro de los medicamentos.
- 2010 Estandarización de las concentraciones de citostáticos incluidos en las guías farmacoterapéuticas de los hospitales públicos de la Región, con el fin de minimizar los riesgos potenciales derivados, especialmente, de los posibles préstamos entre ellos y de la movilidad de personal.
Estudio de viabilidad de retirada de soluciones concentradas de electrolitos-potasio.
- 2011 Elaboración de procedimientos comunes para todos los hospitales y/o gerencias del SMS de los dispositivos de preparación y administración de medicamentos a los pacientes.

Formación en seguridad del paciente

- 2006 Dos cursos básicos de formación en seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios.
- 2007 Video divulgativo sobre cultura de seguridad del paciente y proyectos en la Región para pantallas TV de salas de espera de centros asistenciales.
Cursos básicos de formación en seguridad del paciente en todas las gerencias.
Creación de la página de seguridad del paciente en el portal sanitario de la Región: www.murciasalud.es
- 2008 Cursos básicos de formación en seguridad del paciente en todas las gerencias.
- 2009 Elaboración del “Curso Básico *on line* de Seguridad del Paciente”.
- 2010 Cuatro ediciones del “Curso Básico *on line* de Seguridad del Paciente” para personal médico y enfermería en el PEC 2010.
- 2011 Diez ediciones del “Curso Básico *on line* de Seguridad del Paciente”, para todos los profesionales.

Participación ciudadana

- 2007 Creación de la página de seguridad del paciente en el portal sanitario de la Región: www.murciasalud.es
- 2009 Presentación del “Programa para la Seguridad del Paciente” a todas las asociaciones de pacientes registradas en la Consejería de Sanidad y de la página de seguridad del paciente en el portal sanitario de la Región.

Investigación en seguridad del paciente

- 2005 Realización de un estudio regional sobre eventos adversos en todos los hospitales del SMS con la metodología del estudio ENEAS.
- 2006 Creación de las Unidades Funcionales para la Gestión de Riesgos.
Elaboración de normas y recomendaciones para su organización y desarrollo.
- 2011 Implantación del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Incidentes para la Seguridad del Paciente.

Convenios de investigación en seguridad del paciente: 2006 - 2007

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el impulso de prácticas seguras en centros sanitarios, firmado el 22 de diciembre de 2006.

Proyectos:

1. Protocolización mediante *check-list* de la detección de efectos adversos intraoperatorios de la anestesia y grado de severidad.
Hospital Comarcal del Noroeste.
2. Estudio sobre efectos adversos a pacientes durante su asistencia en urgencias.
Hospital Morales Meseguer.
3. Estudio sobre efectos adversos en pacientes reingresados tras alta en urgencias.
Hospital Morales Meseguer.
4. Evaluación del cumplimiento de las últimas voluntades en los pacientes inscritos en el Registro Murciano de Instrucciones Previas.
Registro Murciano de Instrucciones Previas.
5. Interacciones medicamentosas en medicina de familia: tipificación, monitorización y efectividad de diferentes intervenciones para su mejora.
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
6. Valoración de la incidencia de gérmenes multirresistentes en la Región de Murcia mediante un sistema de vigilancia de la infección nosocomial.
Estudio multicéntrico.
7. Infección nosocomial y mortalidad hospitalaria.
Estudio multicéntrico.

Convenios de investigación en seguridad del paciente: 2008

Convenio de colaboración del Ministerio de Sanidad y Política Social firmado con la Región de Murcia para el impulso de prácticas seguras en centros sanitarios, de 12 de noviembre de 2008.

Proyectos:

Prevenir complicaciones de la anestesia y la cirugía:

1. Mejora en la prevención de cirugía en sitio equivocado en los hospitales del SMS.
Hospital Morales Meseguer.
2. Seguridad del paciente que precisa cirugía urgente. Reducción de complicaciones intra y postoperatorias.
Hospital Morales Meseguer.
3. Mejora de la calidad del proceso anestésico-quirúrgico y la seguridad del paciente. Implantación del uso del ecógrafo por el anestesista para la localización de nervios en la realización del bloqueo locorregional.
Hospital General Universitario Reina Sofía.
4. Implantación de «la visita postanestésica» para mejorar la calidad del proceso anestésico-quirúrgico y la seguridad del paciente.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

Prevenir errores debido a la medicación:

5. La información al paciente oncológico elemento básico para la seguridad y la eficacia de los tratamientos.
Hospital Morales Meseguer.
6. Análisis de la órdenes verbales de tratamiento realizadas por los médicos de una unidad de cuidados intensivos.
Hospital Morales Meseguer.
7. Programa de conciliación de la medicación: proyecto de adecuación y control del tratamiento médico habitual al ingreso y al alta en medicina interna.
Hospital Morales Meseguer.
8. Análisis de la prescripción de tratamiento y propuesta de mejora en una unidad de cuidados intensivos.
Hospital Morales Meseguer.

(continúa en la página siguiente)

*(continuación)**Prácticas seguras y de calidad en cuidados paliativos:*

9. Evitar el encarnizamiento terapéutico. La vida como fenómeno biológico limitado: el rechazo a los tratamientos fútiles.
Hospital General Universitario Reina Sofía.
10. Las instrucciones previas como instrumento de mejora en la comunicación entre profesionales y el paciente crónico y/o terminal.
Registro Murciano de Instrucciones Previas.

Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes:

11. Favorecer la formación de unidades de gestión de riesgos en medicina de familia y atención primaria.
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
12. Plan de formación en cultura de seguridad para grupos de trabajo en medicina intensiva.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

Investigación en seguridad del paciente: Subvención 2009

RD 924/2009 de 29 de mayo, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la Implementación de Estrategias en el Sistema Nacional de Salud.

Proyectos:*Prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria:*

1. Prevención de la infección quirúrgica a través de la información al paciente sobre la importancia de la higiene previa a la cirugía y la utilización de jabón antiséptico.
Hospital de la Vega Alta del Río Segura.
2. Potenciación de la seguridad del paciente y prevención de infección nosocomial a través del uso de soluciones hidro-alcohólicas.
Hospital de Los Arcos.
3. Acciones para reducción de la tasa de infección de sitio quirúrgico tras cirugía colorrectal.
Hospital Morales Meseguer.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

Prevenir la infección asociada a la inserción de CVC a través de las acciones recomendadas en el proyecto “Bacteriemia Zero”:

4. Vigilancia y control de las bacteriemias en pacientes hospitalizados como medida eficaz para la optimización del tratamiento antibiótico.
Hospital Santa M^a del Rosell.

Prevención de eventos adversos asociados al uso de medicamentos:

5. Sistematización del uso de medicamentos de alto riesgo en el ámbito hospitalario.
Hospital Morales Meseguer.
6. Rediseño del circuito de prescripción-administración de citostáticos intravenosos para optimizar el seguimiento de reacciones adversas, sistematización de la información al paciente y contribuir al uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
Hospital Morales Meseguer.
7. Atención farmacéutica en la dispensación ambulatoria del grupo de citostáticos orales para optimizar el seguimiento de reacciones adversas, incrementar la adherencia y contribuir al uso seguro de medicamentos de alto riesgo.
Hospital Morales Meseguer.

Prevención de eventos adversos en cirugía y anestesia:

8. Implantación de la campaña “Cirugía segura salva vidas”
Hospital General Universitario Reina Sofía.
9. Implantación del uso de ultrasonidos en la localización nerviosa periférica y canalización venosa central para mejorar la calidad del proceso anestésico y garantizar la seguridad del paciente.
Hospital Virgen de la Arrixaca.

Atención a pacientes crónicos:

10. Prevención de eventos adversos cardiovasculares en pacientes diabéticos. La aspirina salva vidas.
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Cuidados en enfermería:

11. Prevención de úlceras por presión en una unidad de media estancia a través de la instauración de superficie de aire alternante de reemplazo.
Hospital Vega Alta del río Segura.
12. Mejora de los cuidados de prevención de úlceras por presión.
Hospital Morales Meseguer.

Investigación en seguridad del paciente: Subvención 2010

RD 829/2010 de 25 de junio, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la Implementación de Estrategias en el Sistema Nacional de Salud.

Proyectos:

Uso seguro de medicamentos en pacientes polimedcados:

1. Conciliación terapéutica en las transiciones asistenciales de pacientes polimedcados.

Dirigido: Servicio de Farmacia del Hospital General Universitario Reina Sofía.

Uso seguro de medicamentos de alto riesgo:

2. Prevenir los errores de medicación con medicamentos de alto riesgo. Crear sistemas seguros mediante la implantación de un procedimiento común en el circuito de utilización de estos medicamentos y lectores ópticos en las farmacias de todos los hospitales.

Dirigido: Servicio Gestión Farmacéutica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SMS.

Higiene de manos:

3. Mejorar el conocimiento de los profesionales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en relación a la higiene de manos.

Dirigido: Dirección de Enfermería Área V de salud.

Seguridad del paciente en Salud Mental

2006 Elaboración del protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

1. Las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo estarán integradas por profesionales interdisciplinarios, cuya misión es el estudio y la preparación de las respuestas adecuadas al problema de los eventos adversos en la atención de salud. Son órganos de asesoramiento a la Gerencia-Dirección Médica, quien nombrará un responsable de la misma.
2. Los participantes serán profesionales voluntarios y multidisciplinares, de acuerdo a las necesidades de cada centro. Participarán de forma esporádica o puntual expertos precisos para resolución de situaciones concretas.
3. Las funciones generales son:
 - Detección, identificación y estudio de los eventos adversos.
 - Gestión del Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente.
 - Análisis de las causas con los responsables de la asistencia.
 - Seguimiento y valoración de resultados de las medidas correctoras propuestas.
 - Evaluación continuada de los programas que se realicen para la seguridad del paciente.
 - Sensibilización a los profesionales sobre seguridad del paciente.
 - Colaborar en la formación continuada en la correspondiente área de interés.
 - Comunicar a los profesionales aquellos resultados de las actuaciones que puedan ser de interés para mejorar la calidad de la práctica clínica.
 - Comprobar el cumplimiento de la legislación vigente en su área de competencia.
 - Difusión de resultados favorables, una vez implantadas medidas

de mejora, para vencer la resistencia al cambio.

- Favorecerán e impulsarán la implantación de protocolos, vías de continuidad asistencial, etc.
4. Los participantes en el grupo de trabajo para la seguridad de los pacientes serán nombrados por la Gerencia-Dirección Médica, tras la correspondiente selección a través de convocatoria pública. Es conveniente siempre la participación de al menos uno de los profesionales del centro que interviene en la tramitación de los expedientes de todo tipo de reclamaciones.
 5. Todos los miembros del grupo de trabajo estarán vinculados profesionalmente con la gerencia donde prestan sus servicios. Excepcionalmente se podrá contar con asesores con voz pero sin voto. Estos expertos en temas específicos no podrán considerarse representantes de sus servicios o centros de procedencia.
Se recomienda que la mitad de los integrantes sean profesionales de los servicios o centros del área con mayor número de eventos adversos. Así mismo se considera conveniente la participación de: Dirección-Gerencia, Dirección de Gestión, Direcciones Médicas y de Enfermería, Servicio de Farmacia, Servicios Jurídicos-Medicina Legal, Servicios de Atención al Ciudadano, Prevención de Riesgos Laborales y, al menos, un profesional de Atención Primaria y de la Gerencia del 061. En el ámbito hospitalario es importante la participación de Medicina Preventiva y Servicios de Mantenimiento.
 6. El número de miembros estables de cada Unidad Funcional de Gestión del Riesgo será como mínimo de ocho, uno de los cuales actuará como secretario, siendo designado por el gerente del área de salud.
 7. Los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo serán renovados cada tres años, siguiendo el mecanismo de selección indicado en el punto 4.
 8. Los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo podrán ser reelegidos sin límite alguno.

9. Los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo podrán cesar de las mismas a petición propia, con carta dirigida al Secretario de la misma, y enviando copia de la misma a la Gerencia-Dirección Médica.
10. Cada Unidad Funcional de Gestión del Riesgo podrá tener un reglamento de funcionamiento interno, que debe ser compatible con lo establecido en la normativa general de funcionamiento de las comisiones clínicas. Dicho reglamento será aprobado por la Gerencia-Dirección Médica.
11. Las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo están obligadas a reunirse, como mínimo, una vez cada dos meses y cuando lo solicite la Gerencia-Dirección Médica del Área de Salud para asesorarse en algún tema concreto.
12. Los miembros de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo podrán constituir cuantos grupos de trabajo crean necesarios para lograr los objetivos de la misma, aunque estarán supeditados a las normas y acuerdos del conjunto de la correspondiente Unidad Funcional.

UNIDADES FUNCIONALES DE GESTIÓN DE RIESGOS

1. Porcentaje de áreas de Salud y gerencias con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) o unidades que asuman estas funciones operativas

Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de áreas de Salud y gerencias con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos operativas en la CA} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total áreas de Salud y gerencias de la CA}}$
Aclaraciones	<p>Unidad Funcional de Gestión de Riesgos operativa es aquella que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades. • Tiene objetivos anuales de seguridad. • Realiza memoria anual.
Numerador	Áreas de Salud y gerencias en la CA con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos o unidades con distinta denominación que asuman las funciones de gestionar riesgos y sean operativas.
Denominador	Áreas de Salud y gerencias que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR Regional.
Justificación	Las UFGR son las encargadas de desarrollar las actividades de seguridad del paciente.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

2. Número de sesiones de trabajo de la UFGR Regional

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de sesiones de trabajo de la UFGR Regional realizadas en el año natural.}$
Aclaraciones	El número de sesiones de trabajo de la UFGR Regional recomendado es de al menos 4 al año.
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	UFGR Regional.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

3. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de identificación de pacientes

Fórmula	Número de hospitales y gerencias de la CA que disponen de un protocolo adaptado al común del SMS de identificación de pacientes X 100 / N° total de hospitales y gerencias de la CA.
Aclaraciones	Protocolo adaptado al común del SMS de identificación de pacientes: documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la identificación inequívoca de los pacientes.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	La identificación inequívoca de pacientes, mediante el brazalete identificativo, es una medida proactiva para la mejora de la seguridad clínica.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

INFECCIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN SANITARIA

4. Densidad de incidencia de bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales en UCI

Fórmula	Nº de bacteriemias relacionadas con catéteres venosos centrales por cada 1000 estancias en pacientes portadores de catéteres centrales / Sumatorio de días de catéter venoso central en todos los pacientes portadores de estos dispositivos en dicho periodo de tiempo.
Exclusiones	Pacientes con estancia en UCI menor de 24 horas.
Aclaraciones	Dentro de la definición de bacteriemia relacionada con catéter venoso central se contemplan: Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter: aislamiento del mismo germen en hemocultivo extraído de vena periférica y en cultivo semicuantitativo o cuantitativo de la porción distal de catéter central. Bacteriemia (o funguemia) probablemente relacionada con catéter, en ausencia de cultivo de catéter: Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, con hemocultivo positivo, en el que desaparece la sintomatología a las 48 horas de retirada de la vía venosa. Esta situación clínica se conoce como bacteriemia primaria. En caso de aislamiento de estafilococos coagulasa negativo se precisa el aislamiento del germen en al menos 2 hemocultivos.
Tipo de Indicador	Resultado.
Fuente de datos recomendada	UFGR.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

Justificación	La bacteriemia relacionada con catéter es una de las principales complicaciones infecciosas del paciente ingresado en UCI, relacionados claramente con un incremento de la morbimortalidad y con los costes sanitarios. La monitorización de la incidencia de esta patología tras la implementación de una serie de medidas sencillas pero eficaces para disminuir su incidencia debería de contemplarse como prioritario en cuidados críticos.
Origen del indicador	Proyecto "Bacteriemia Zero". Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. SEMICYUC.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

5. Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica

Fórmula	$\text{Nº de neumonías asociadas a ventilación mecánica en un periodo determinado de tiempo} \times 1000 / \text{Sumatorio de días de ventilación mecánica invasiva en los pacientes con este soporte ventilatorio durante dicho periodo de tiempo.}$
Exclusiones	Pacientes con una duración de la ventilación mecánica invasiva de menos de 48 horas antes del inicio del evento.
Aclaraciones	La definición de neumonía asociada a ventilación mecánica se realiza mediante los criterios publicados por el Center Disease Control que han sido utilizados para el registro ENVIN. Dentro del término neumonía asociada a ventilación mecánica se incluyen las neumonías nosocomiales desarrollada en las primeras 72 horas tras la extubación.
Tipo de Indicador	Resultado.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	La neumonía asociada a ventilación mecánica es la infección más frecuente y de mayor gravedad en el ámbito de los cuidados intensivos. Su importancia no solo depende de su incidencia sino porque se asocia a un incremento de la morbimortalidad de los pacientes y un incremento del gasto sanitario. Las directrices actuales recomiendan una serie de medidas preventivas de evidencia reconocida para disminuir su incidencia.
Origen del indicador	Proyecto "Neumonía Zero". Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. SEMICYUC. SEEIUC.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

CIRUGÍA SEGURA

6. Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado

Fórmula	Pacientes con listado de verificación de seguridad quirúrgica documentado x 100 / Pacientes sometidos a intervención quirúrgica.
Aclaraciones	Listado de verificación de seguridad quirúrgica (<i>checklist</i>) documentado: Constancia de una hoja de verificación de seguridad quirúrgica en la historia clínica o cualquier otro sistema de registro, en las intervenciones de cirugía mayor con ingreso hospitalario o CMA.
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Se debería implantar el “Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica” en cualquier procedimiento para mejorar la seguridad de las intervenciones y disminuir las complicaciones evitables.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

7. Porcentaje de cumplimentación de los ítems del listado en su totalidad, en cada uno de los tres momentos (entrada, pausa y salida)

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de listados con todos los ítems cumplimentados} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de intervenciones con listado.}$
Aclaraciones	En intervenciones de cirugía mayor con ingreso hospitalario o CMA.
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Se debería implantar el “Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica” en cualquier procedimiento para mejorar la seguridad de las intervenciones y disminuir las complicaciones evitables.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

8. Profilaxis antibiótica en pacientes quirúrgicos

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes quirúrgicos con prescripción de profilaxis antibiótica} \times 100 / \text{Total pacientes quirúrgicos de los procedimientos seleccionados.}$
	<i>(continúa en la página siguiente)</i>

(continuación)

Exclusiones	Pacientes con diagnóstico principal sugestivo de enfermedad infecciosa preoperatoria. Pacientes cuyo procedimiento quirúrgico fue llevado a cabo mediante laparoscopia en su totalidad.
Aclaraciones	Se valorará de manera global y desagregada para los siguientes procesos seleccionados: Cirugía de bypass aorto-coronario, otra cirugía cardíaca, cirugía vascular, artroplastia de rodilla y cadera, cirugía de colon e histerectomía. Se considera cumplimiento cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Listado de verificación quirúrgica.
Justificación	Un objetivo de la profilaxis antibiótica es conseguir niveles séricos y titulares de bactericida en el momento de la incisión de la piel. Los estudios llevados a cabo durante los años 60 y 70 demostraron que la razón más frecuente del fallo de la profilaxis fue el retraso en la administración de antibióticos hasta después de la operación. Se ha encontrado que la menor incidencia de infección postoperatoria estaba asociada con la administración de antibióticos durante la primera hora antes de la cirugía. El riesgo de infección se incrementaba progresivamente cuanto mayor era el intervalo de tiempo entre la administración y la incisión de la piel.
Origen del indicador	Adaptado de la Joint Commission.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

CAÍDAS

9. Caídas en pacientes ingresados

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de caídas en pacientes ingresados} \times 100 / \text{Total de altas de hospitalización.}$
Aclaraciones	Se incluyen todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital.
Tipo de Indicador	Resultado.
Fuente de datos recomendada	Registro de caídas.
Justificación	Las caídas en pacientes ingresados representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función del casemix, del entorno y de las prácticas sanitarias, pero más del 84 % de todos los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

	Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.
Origen del indicador	Indicadores propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

10. Valoración del riesgo de caídas

Fórmula	Pacientes con valoración de riesgo de caídas realizado en las primeras 24h x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas.
Aclaraciones	La valoración del riesgo se realizará con la herramienta de valoración que tenga implantada el centro.
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	La utilización de herramientas para la valoración del riesgo de caídas permite identificar a los pacientes con alto riesgo, lo que es esencial para establecer las medidas preventivas adecuadas.
Origen del indicador	Indicadores propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

11. Úlceras por presión

Fórmula	Pacientes que han desarrollado una úlcera por presión (UPP) en el hospital x 100 / Pacientes ingresados más de dos días.
Exclusiones	UPP presentes al ingreso.
Aclaraciones	La valoración del riesgo de UPP debe haberse realizado en las primeras 24 horas tras el ingreso con escala que utilice el centro. Úlcera por presión de cualquier grado y/o localización.
Tipo de Indicador	Resultado.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar úlceras por presión cuando están seriamente enfermos, inmóviles durante prolongados periodos

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

	de tiempo o incapaces de responder a molestias relacionadas con la presión
Origen del indicador	Indicadores propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS
Frecuencia de entrega de resultados	Anual

12. Cuidados adecuados en pacientes de riesgo de úlceras por presión

Fórmula	Pacientes con cuidados adecuados según nivel de riesgo identificado x 100 / Pacientes ingresados más 24 horas que tienen valorado el riesgo de desarrollar UPP.
Exclusiones	Pacientes obstétricas, pacientes pediátricos (excepto UCI o neonatos) y pacientes de Psiquiatría. Condición clínica que impida la realización de cuidados adecuados al nivel de riesgo identificado.
Aclaraciones	UPP: Úlceras por presión. La valoración del riesgo de UPP debe haberse realizado en las primeras 24 horas tras el ingreso con escala que utilice el Centro. Cuidados adecuados: Cumplimiento de los siguientes criterios de calidad: <ul style="list-style-type: none"> • Constancia de la aplicación de superficies de alivio de la presión. • Registro de la realización de cambios posturales cada 2-4 horas, según nivel de riesgo identificado (alto o moderado, respectivamente).
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Las úlceras por presión constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones en diferentes ámbitos, tales como el nivel de salud de quienes las padecen, la calidad de vida de los pacientes y sus entornos cuidadores. La mayoría de las úlceras por presión pueden prevenirse (un 95 % son evitables), por lo que es importante disponer de estrategias de educación y prevención. El proporcionar la mejor práctica de cuidados en cada momento puede evitar sufrimientos al paciente.
Origen del indicador	Indicadores propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS.
Frecuencia de entrega de resultado	Anual.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

13. Porcentaje de áreas de salud y gerencias con sistema de notificación implantado

Fórmula	Nº de áreas de Salud y gerencias con SiNASP implantado x 100 / Nº total de áreas de Salud y gerencias. <i>(continúa en la página siguiente)</i>
---------	--

(continuación)

Aclaraciones	En el caso de las Gerencias, se valorará cualquier sistema de notificación.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos	UFGR Regional.
Justificación	El aprendizaje por medio del análisis de las notificaciones de incidentes de seguridad lleva a una mejora de la seguridad de los pacientes.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

14. Notificaciones recibidas hace más de un mes, no gestionadas

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de notificaciones recibidas hace más de 30 días no gestionadas} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de notificaciones recibidas hace más de 30 días.}$
Aclaraciones	Se entiende por notificaciones no gestionadas las que mantienen su estado como “abierto”, indicando que aún no se ha terminado su gestión (falta decidir las recomendaciones de mejora y las acciones de gestión de la notificación).
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	SiNASP.
Justificación	Proporciona información sobre la agilidad en la gestión del sistema.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

15. Porcentaje de gerencias con protocolos para medicamentos de alto riesgo

Fórmula	$\text{Gerencias de la CA que disponen de un protocolo actualizado para medicamentos de alto riesgo} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de gerencias de la CA.}$
Aclaraciones	Medicamentos de alto riesgo: Aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Protocolo para medicamentos de alto riesgo: Documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para el manejo de los medicamentos de alto riesgo. Se recomienda utilizar el listado de medicamentos de alto riesgo del ISMP España.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

Justificación	Los errores asociados a los medicamentos de alto riesgo no son más frecuentes, pero en caso de producirse las consecuencias para los pacientes son más graves.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

16. Porcentaje de mejora en el resultado final del cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales

Fórmula	Diferencia entre el resultado de la evaluación actual y la anterior.
Aclaraciones	Mejora en el resultado final del Cuestionario de Autoevaluación del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) en relación con evaluaciones anteriores.
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Cuestionario de autoevaluación del ISMP.
Justificación	
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Cada dos años.

17. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolos para conciliar la medicación al alta

Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de hospitales y gerencias de la CA que tienen un protocolo establecido para conciliar la medicación al alta}}{\text{N}^\circ \text{ total de hospitales y gerencias de la CA}} \times 100$
Aclaraciones	Se entiende por protocolo el documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	La conciliación de la medicación es un proceso diseñado para prevenir errores de medicación en los puntos de transición del paciente. Significa suministrar al paciente y al correspondiente nivel asistencial siguiente la información de diagnóstico al alta, plan de tratamiento, medicamentos y resultados de las pruebas. Este proceso compara y resuelve posibles discrepancias entre la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso y la prescrita al alta, con el objetivo de que el paciente reciba todos los medicamentos que precise, a la dosis, vía e intervalos correctos y evitar interacciones y duplicaciones. El proceso incluye: Elaborar un listado com-

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

	pleto y exacto de la medicación que el paciente debe tomar tras el alta y su remisión y entrega al paciente y al nivel asistencial siguiente.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

HIGIENE DE MANOS

18. Porcentaje de áreas de salud y gerencias con plan de actuación siguiendo la Estrategia Multimodal de la OMS

Fórmula	N° de áreas de Salud y gerencias que tienen Plan de Actuación siguiendo la Estrategia Multimodal de la OMS x 100 / N° total de áreas de Salud.
Aclaraciones	La Estrategia Multimodal ofrece el método más fiable para lograr mejoras a largo plazo de la higiene de las manos en todos los centros de atención sanitaria. Se entiende por Plan de Actuación el programa de actividades detallado y cuidadosamente elaborado que se iniciará o continuará para mejorar la adhesión a la higiene de las manos en un determinado centro sanitario.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	La Estrategia Multimodal se centra en el mejoramiento del cumplimiento de la higiene de las manos por parte del personal que trabaja con pacientes. La meta es reducir tanto la propagación de las infecciones y los gérmenes resistentes a múltiples fármacos como el número de pacientes que contraen infecciones relacionadas con la atención sanitaria que se pueden evitar.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

19. Disponibilidad de preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención

Fórmula	N° de puntos de atención con preparados de base alcohólica x 100 / N° total de puntos de atención.
Aclaraciones	Se entiende por punto de atención 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). El concepto comprende la necesidad de realizar una higiene de las manos en los momentos recomendados en el lugar preciso donde tiene lugar la

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

	prestación de asistencia. Para ello es necesario que haya un producto para la higiene de manos (por ejemplo un preparado de base alcohólica) fácilmente accesible y tan cerca como sea posible; al alcance de la mano de donde se efectúe el tratamiento o la asistencia al paciente.
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	Los PBA para los puntos de atención deben ser accesibles sin necesidad de abandonar la zona del paciente.
Origen del indicador	Agencia de Calidad del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA

20. Pacientes con prescripción de profilaxis tromboembólica adecuada a protocolo

Fórmula	Nº pacientes con prescripción de tromboprofilaxis adecuada a protocolo x 100 / total de pacientes con prescripción de tromboprofilaxis.
Aclaraciones	Se considera cumplimiento cuando en la historia clínica aparece, de acuerdo a protocolo, la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> - Dosis correcta: Ajustada a peso y riesgo. - Momento de la administración: Empezar tan pronto como sea posible, tras valorar el riesgo y continuar hasta que desaparezca. Se debería comenzar a dar en las primeras 24 horas del ingreso o fin de la cirugía (para cirugías que tienen lugar el día del ingreso o el día posterior).
Tipo de Indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
Origen del indicador	Indicadores propuestos por la Sociedad Española de Calidad Asistencial para hospitales del SNS.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

21. Pacientes con prescripción de profilaxis

Fórmula	Nº pacientes con prescripción de tromboprofilaxis x 100 / total de pacientes con riesgo moderado o alto de ETE, con una estancia mayor de 2 días.
Aclaraciones	ETE: Incluye trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar. Se cumple el criterio cuando existe una razón documentada de no prescripción.
Tipo de indicador	Proceso.
Fuente de datos recomendada	Historia clínica.
Justificación	Los pacientes hospitalizados con alto riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) pueden desarrollar una trombosis venosa profunda y morir de tromboembolismo pulmonar antes incluso de que el diagnóstico sea sospechado. Por ello el mejor abordaje es la evaluación de todos los pacientes para profilaxis primaria, dado que la prevención del TEV es esencial para la reducción de la mortalidad y la morbilidad asociada con el embolismo pulmonar.
Origen del indicador	Adaptado a partir del Institute Health Improvement (IHI).
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

FORMACIÓN

22. Porcentaje de profesionales sanitarios que realizan cursos de formación dirigidos a mejorar el grado de cultura de seguridad

Fórmula	Nº de profesionales sanitarios que han realizado algún curso sobre seguridad del paciente x 100 / Nº total de profesionales sanitarios.
Aclaraciones	
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Plan Estratégico Común de Formación del SMS.
Justificación	La formación es imprescindible para avanzar en la cultura de seguridad.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

23. Porcentaje de cursos en los que se incluye de forma transversal la seguridad del paciente relacionada con la materia tratada

Fórmula	Nº de cursos en los que se incluye la seguridad del paciente relacionada con la materia tratada x 100 / Nº total de cursos de formación.
---------	--

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

Aclaraciones	
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Plan Estratégico Común de Formación del SMS.
Justificación	La formación es imprescindible para avanzar en la cultura de seguridad.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

USO COMPARTIDO DE EXPERIENCIAS DE ÉXITO

24. Número de participantes en la Jornada sobre Seguridad del Paciente

Fórmula	Nº de participantes en la Jornada de Seguridad del Paciente.
Aclaraciones	
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	UFGR Regional.
Justificación	La formación es imprescindible para avanzar en la cultura de seguridad.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y CIUDADANOS

25. Número de acuerdos para el desarrollo de acciones de mejora de los motivos más frecuentes sugeridos o reclamados, relacionados con la seguridad del paciente

Fórmula	Nº de acuerdos que llevan al desarrollo de acciones de mejora, relacionados con sugerencias o reclamaciones concernientes a la seguridad del paciente.
Aclaraciones	
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Base de datos de sugerencias, quejas y reclamaciones de la Consejería de Sanidad y Política Social (SUGESAN).
Justificación	Importancia de este análisis como fuente de información para la detección de riesgos clínicos.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS CENTROS CONCERTADOS DEL SMS

26. Pliegos de condiciones para centros concertados con el SMS con objetivos específicos en seguridad del paciente

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de contratos de empresas concertadas con objetivos específicos en seguridad del paciente} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de contratos de empresas concertadas.}$
Aclaraciones	
Tipo de Indicador	Resultados.
Fuente de datos recomendada	Servicio Murciano de Salud.
Justificación	
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

SEGURIDAD DEL PACIENTE DE SALUD MENTAL

Comportamiento agresivo o antisocial

27. Porcentaje de hospitales con protocolo de actuación ante el paciente agresivo y/o violento

Fórmula	$\text{N}^\circ \text{ de hospitales de la CA que disponen de un protocolo de actuación ante el paciente agresivo y/o violento} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de hospitales de la CA.}$ Protocolo de actuación ante el paciente agresivo y/o violento: Documento
Aclaraciones	que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conseguir un abordaje adecuado y eficaz de las conductas de agitación, agresividad y violencia. Nº total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Denominador	Estructura.
Tipo de Indicador	UFGR.
Fuente de datos recomendada	Los incidentes en seguridad del paciente de salud mental que implican comportamientos agresivos y /o antisocial representan el segundo tipo de incidente más notificado, por lo que se hace necesaria la existencia de protocolos que ayuden a los profesionales a prevenir y gestionar la violencia de forma segura y terapéutica.
Justificación	Elaboración propia.
Origen del indicador	Anual.
Frecuencia de entrega de resultados	

Comportamiento agresivo o antisocial

28. Porcentaje de hospitales con protocolo de contención mecánica

Fórmula	Número de hospitales de la CA que disponen de un protocolo de contención mecánica X 100 / N° total de hospitales de la CA.
Aclaraciones	Protocolo de contención mecánica: Documento que establece los procedimientos para aplicación, control y extracción de dispositivos de contención mecánica o manual, utilizados para limitar la movilidad física, con la finalidad de evitar que un paciente se lesione a sí mismo o lesione a otros. Tales procedimientos garantizarán el cumplimiento de la normativa vigente.
Denominador	N° total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	En la atención de un paciente en estado de agitación y/o conducta violenta, la contención física o inmovilización puede utilizarse como una herramienta terapéutica. Los estados de agitación pueden acontecer tanto en pacientes con enfermedad mental, como en numerosos cuadros orgánicos, tóxicos, incluso como reacción al estrés. Por ello, no es un procedimiento exclusivo de los dispositivos de ingreso psiquiátrico, sino que también puede ser requerida en otros dispositivos hospitalarios y extra hospitalarios.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

Autolesiones y suicidios

29. Porcentaje de hospitales con protocolo de prevención de la conducta suicida

Fórmula	Número de hospitales de la CA que disponen de un protocolo de prevención de la conducta suicida X 100 / N° total de hospitales de la CA.
Aclaraciones	Protocolo de prevención de la conducta suicida: Documento que establece los procedimientos para identificación, evaluación, monitorización y tratamiento específico de pacientes en riesgo de suicidio.
Denominador	N° total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	Según el informe "Con la seguridad en mente", el comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común de incidentes notificados en el NRLS británico (17,3% de los casos). En España la incidencia de autolesiones identificadas en las altas hospitalarias en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en 2007 fue del 11%, excluyendo los casos de fallecimiento. Por lo tanto los servicios de <i>(continúa en la página siguiente)</i>

(continuación)

	salud mental deben poner en marcha estrategias de prevención del suicidio y monitorizar su implementación.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

Fugas y/o abandonos no programados de la unidad

30. Porcentaje de hospitales con protocolo de prevención de fugas y/o abandonos no programados

Fórmula	$\text{Número de hospitales/unidades hospitalarias de la CA que disponen de un protocolo de fugas y/o abandonos no programados} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de hospitales de la CA.}$
Aclaraciones	Protocolo de prevención de fugas y/o abandonos no programados: Documento que establece los procedimientos de identificación y evaluación de los factores de riesgo, medidas de protección e intervención ante una fuga y/ o abandono de una unidad.
Denominador	Nº total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	Los incidentes de fugas y desapariciones suponen el 9% en dispositivos de agudos, y estos incidentes son considerados incidentes de seguridad del paciente a causa de la vulnerabilidad de estos pacientes y el riesgo que implica para ellos y otras personas.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

Seguridad sexual

31. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de supervisión y vigilancia de seguridad sexual

Fórmula	$\text{Número de hospitales/unidades hospitalarias de la CA que disponen de un protocolo de supervisión y vigilancia de seguridad sexual} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de hospitales de la CA.}$
Aclaraciones	Protocolo de supervisión y vigilancia de seguridad sexual: Documento que establece los procedimientos de identificación, evaluación de los factores de riesgo, medidas de protección e intervención ante incidentes con implicación sexual.
Denominador	Nº total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.

(continúa en la página siguiente)

(continuación)

Justificación	Es necesario ser consciente de la gran vulnerabilidad sexual del paciente mental ingresado y de la mayor necesidad de protección, en línea con la norma. Esto debería de cubrir tanto el comportamiento activo de los pacientes en crisis, como de su exposición al ataque de otros pacientes. El riesgo a un comportamiento sexual inapropiado o la vulnerabilidad ante el acoso sexual debe ser considerado como parte de la evaluación inicial del paciente y reevaluarse periódicamente incluyendo los episodios de violación, abuso sexual a menores y agresiones sexuales. Esta evaluación debe tener en cuenta tanto hombres como mujeres ya que ambos corren el mismo riesgo.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

Garantía de derechos en la hospitalización

32. Porcentaje de hospitales y gerencias con protocolo de garantía de derechos en la hospitalización

Fórmula	$\frac{\text{Número de hospitales/unidades hospitalarias de la CA que disponen de un protocolo de garantía de derechos en la hospitalización}}{\text{Nº total de hospitales de la CA}} \times 100$
Aclaraciones	Protocolo de garantía de derechos en la hospitalización: Documento que establece los procedimientos éticos y profesionales que garanticen el cumplimiento de la normativa vigente para los ingresos en contra de la voluntad personal.
Denominador	Nº total hospitales en la CA que tengan vinculación funcional al SMS.
Tipo de Indicador	Estructura.
Fuente de datos recomendada	UFGR.
Justificación	Son frecuentes los casos en los que los pacientes sufren crisis a lo largo de su proceso, requiriendo ingreso hospitalario para su adecuado tratamiento. En los ingresos no voluntarios se ocasiona un conflicto entre el derecho a la salud del paciente y su derecho a la libertad. Por ello, resulta inexcusable la aplicación de protocolos que se ajusten a la legislación vigente y contemplen el principio de la mínima restricción necesaria, el respeto y la dignidad de las personas con trastorno mental, evitando la estigmatización y poniendo especial énfasis en la agilidad y la reactividad del procedimiento.
Origen del indicador	Elaboración propia.
Frecuencia de entrega de resultados	Anual.

Programa de Seguridad
del Paciente

Para **tu** salud,
por **tu** seguridad