

Prácticas Seguras Simples

Recomendadas por agentes
gubernamentales para la
prevención de Efectos Adversos
(EA) en los pacientes atendidos
en hospitales

Prácticas Seguras Simples

Recomendadas por agentes
gubernamentales para la
prevención de Efectos Adversos
(EA) en los pacientes atendidos
en hospitales

Titularidad del estudio
Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20.
28071 Madrid

Comité de dirección
Juan Carlos Álvarez. ANTARES Consulting. Director del proyecto
Eduard Portella. ANTARES Consulting. Director del proyecto
Enrique Terol. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Yolanda Agra. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
María del Mar Fernández. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Comité técnico
Equipo de ANTARES Consulting

Este informe ha sido realizado por ANTARES Consulting por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Agencia de Calidad del SNS agradece la colaboración de los participantes en el taller de expertos realizado el 8 de noviembre de 2007 (ver anexo 5).

Este documento debe citarse como: Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Edita y distribuye
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Secretaría General Técnica
Centro de Publicaciones
Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-08-094-0. Depósito Legal: BI-2144-08
Diseño original: www.elvivero.es
Imprime: Grafo, S.A.

Prácticas Seguras Simples

Recomendadas por agentes
gubernamentales para la
prevención de Efectos Adversos
(EA) en los pacientes atendidos
en hospitales



Índice

I. Introducción y justificación	9
II. Objetivos	11
III. Materiales y métodos	13
III.1. Fase 1: Selección de los países y organizaciones a incluir y de la información relevante para el estudio.	13
III.2. Fase 2: Definición de los criterios de selección de todos los documentos localizados.	14
III.3. Fase 3: Valoración de cada Práctica Segura para la prevención de Efectos Adversos (PSEA).	15
III.3.1. Criterios de valoración de cada PSEA según su “complejidad de implantación”.	15
III.3.2. Criterios de valoración de cada PSEA según su “impacto potencial general en la seguridad del paciente”.	18
III.4. Fase 4: Identificación de las Prácticas Seguras Simples.	19
III.4.1. Definición e identificación de las Prácticas Seguras Simples.	19
III.4.2. Clasificación de las Prácticas Seguras Simples en 4 grupos.	20
III.5. Fase 5: Validación de los resultados con un panel de expertos.	21
IV. Resultados	23
IV.1. Prácticas seguras contra efectos adversos (PSEA) seleccionadas.	23
IV.2. Distribución por países.	24
IV.3. Distribución en los grupos de EA definidos en el estudio ENEAS.	25
IV.4. Distribución de las PSEA según su “impacto potencial general en la seguridad del paciente”.	26
IV.5. Distribución de las PSEA según su “complejidad de implantación”.	26
IV.6. Determinación de las Prácticas Seguras Simples (PSS).	29
IV.7. Resultados validados con el panel de expertos.	32
IV.7.1. Objetivos de la jornada.	32
IV.7.2. Barreras para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles.	32
IV.7.3. Iniciativas clave desde el MSC ante las barreras identificadas.	33

V. Conclusiones	35
V.1. Resumen general.	35
V.2. Detalle de las conclusiones.	37
VI. Anexos	45
VI.1. Anexo 1: PSEA - Orden descendente según número de países que recomiendan cada una.	45
VI.2. Anexo 2: Distribución de las PSEA seleccionadas en los 6 grupos de EA definidos en el estudio ENEAS.	47
VI.3. Anexo 3: Análisis detallado de las PSEA identificadas.	51
VI.4. Anexo 4: Mapa IDEF de macroprocesos de un hospital tipo.	80
VI.5. Anexo 5: Panel de expertos participantes en la jornada de reflexión.	81
VI.6. Anexo 6: Referencias.	82
VI.7. Anexo 7: Sitios web.	87
VI.8. Anexo 8: Resultados detallados del Metaplán®.	88

I. Introducción y justificación

En España, el estudio ENEAS¹, entre otros, ha arrojado un importante rayo de luz en el esclarecimiento de la situación actual de la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario español.

Entre muchos otros aspectos, ha permitido obtener información objetiva sobre cuáles son los tipos de Efectos Adversos (EA) más prevalentes en los hospitales españoles y entre dichos eventos, ha determinado la “evitabilidad” de los mismos, esclareciendo cuales son los más prevenibles.

Este tipo de estudio también ha sido abordado en otros países, lo que está provocando de forma acelerada que la seguridad del paciente se esté convirtiendo en una clara prioridad en las políticas gubernamentales. Este interés se traduce en cada vez más políticas y líneas de actuación que emanan de dichas autoridades, recomendando **Prácticas Seguras o “safe practices”** dirigidas a prevenir y evitar la incidencia de EA, especialmente en el ámbito hospitalario.

En este marco, por una parte es primordial seguir avanzando en el desarrollo de estudios propios que clarifiquen la evidencia real en el contexto español.

Pero, por otra parte, también es relevante conocer los pasos que en este sentido se han dado y se están dando en otros países, y determinar en qué tipo de recomendaciones concretas (Prácticas Seguras o “safe practices”) de alcance nacional se están traduciendo: se trata de identificar puntos de referencia, y sacar provecho también de la curva de aprendizaje ya superada en otros países, y de su experiencia.

1 Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

II. Objetivos

Sobre esta base se planteó un estudio de revisión de las “Prácticas Seguras Simples” recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Los objetivos de este estudio incluyen:

- Identificar las Prácticas Seguras (“safe practices”) contra EA dirigidas a hospitales y con alcance nacional, impulsadas a nivel de las organizaciones gubernamentales en países seleccionados y por la Organización Mundial de la Salud.
- Caracterizar cada una de dichas Prácticas Seguras comparando tanto su potencial impacto en la prevención de EA, como su complejidad de implantación.
- Comparar la posición relativa entre las Prácticas Seguras contra los EA identificados, a partir de su situación en las variables seleccionadas, y determinar aquellas que tienen un mejor equilibrio “impacto vs complejidad de implantación”.

III. Materiales y métodos

El estudio de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo en cinco fases distintas:

- **Fase 1:** Selección de los países y organizaciones a incluir y de la información relevante para el estudio.
- **Fase 2:** Definición de los criterios de selección de todos los documentos localizados.
- **Fase 3:** Valoración de cada Práctica Segura para la prevención de Efectos Adversos (PSEA).
- **Fase 4:** Identificación de las Prácticas Seguras Simples.
- **Fase 5:** Validación de los resultados con un panel de expertos.

A continuación se describe cada una de dichas fases.

III.1. Fase 1: Selección de los países y organizaciones a incluir y de la información relevante para el estudio

Se estudiaron los casos de Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, España y la Organización Mundial de la Salud desarrollando una amplia revisión de fuentes primarias y secundarias.

El punto de partida fue la selección de los países y organismos a incluir.

Como países a estudiar se designaron cuatro: Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y España. Adicionalmente se incluyó en el marco de análisis a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las fuentes de información comprendieron:

- Documentos publicados y disponibles en Internet, en castellano o inglés, localizados en:
 - Sitios web de organizaciones gubernamentales y agencias relacionadas para cada uno de los países analizados y la OMS.
 - Portales especializados.
 - Agencias de noticias de alcance mundial y/o específicas de los países estudiados.
- Documentos disponibles en las representaciones consulares en España para estos países.

III.2. Fase 2: Definición de los criterios de selección de todos los documentos localizados

Se especificó una definición operativa de partida sobre qué se entiende en el estudio como “Prácticas Seguras contra Efectos Adversos (PSEA)”. Aplicando esta definición se seleccionaron los contenidos relevantes para el estudio.

La búsqueda de información en las diferentes fuentes se dirigió a encontrar documentos que cumplieran los criterios definidos para los fines de este estudio, como “Prácticas Seguras contra Efectos Adversos” (PSEA). Dichos criterios se establecieron de la siguiente manera:

“Prácticas seguras...”:

En este estudio se han entendido como tales...

- Aquella(s) recomendación(es) formalizada y explícita en un documento hecho público, firmado por la agencia o agente responsable, con carácter de recomendación final (no borrador).
- De alcance general, es decir a escala nacional o, en el caso de la Organización Mundial de la Salud, de alcance internacional.
- Dirigida específicamente, aunque no necesariamente de manera exclusiva, a su aplicación en centros hospitalarios.

“...contra (de prevención de) Efectos Adversos”:

Para el aspecto “Prevención” de la definición, se ha tomado como referencia la definición que establece el NQF de los Estados Unidos² del perfil de sus recomendaciones como “Safe Practices for Better Healthcare”, el cuál dice que estas Prácticas Seguras deben:

- Ser generalizables (i.e. pueden ser aplicables en múltiples tipos de centros de atención clínica y/o múltiples tipos de pacientes).
- Tener alta probabilidad de obtener beneficios significativos para la seguridad del paciente si está plenamente implantada.
- Contar con una sólida evidencia de que son efectivas en la reducción del riesgo de lesionar a un paciente.

Así, toda aquella documentación que hiciera referencia a Prácticas Seguras contra Efectos Adversos (PSEA), según los criterios anotados, se consideró apta para su inclusión para su posterior análisis.

2 The National Quality Forum, 2007.

III.3. Fase 3: Valoración de cada Práctica Segura para la prevención de Efectos Adversos (PSEA)

Cada PSEA identificada se valoró según su “complejidad de implantación” e “impacto potencial en la seguridad del paciente”, de acuerdo con criterios y rangos de valoración específicos.

Cada una de las PSEA identificadas se revisó detenidamente, estudiando en profundidad toda la documentación que la fuente aportaba para su completa descripción.

Se definieron dos grupos de criterios de valoración cualitativa que permitieran discriminar las diferentes PSEA:

III.3.1. Criterios de valoración de cada PSEA según su “complejidad de implantación”:

- Corresponde al grado de dificultad comparado (respecto a otras PSEA) para la plena implantación de la Práctica Segura en el ámbito de los hospitales.
- Este grado de dificultad se infiere a partir de la caracterización de la Práctica Segura según 5 variables:
 - **Recursos materiales necesarios:** Tipo de recursos necesarios para la implementación y el mantenimiento de una determinada PSEA.
 - **RRHH específicos necesarios:** Nivel de acreditación/certificación del personal necesario para ejecutar las actividades que forman parte de una PSEA.
 - **Número de servicios asistenciales a coordinar necesariamente:** Número de servicios asistenciales diferentes del hospital³ que es necesario coordinar para implantar efectivamente la PSEA.
 - **Necesidad de formación y aprendizaje:** Necesidades de formación adicional de los profesionales sanitarios en conocimientos necesarios para la correcta aplicación de determinada PSEA.
 - **Impacto en la organización:** Número de macro procesos dentro del hospital (según el mapa IDEF tipo⁴) afectados por la implantación de una Práctica Segura contra EA.

3 En este estudio se entienden como Servicios Asistenciales las unidades funcionales del hospital: urgencias, farmacia, UCI, admisiones, radiología, etc.

4 Ver mapa IDEF tipo de un hospital en el “Anexo 4: Mapa IDEF de macroprocesos de un hospital tipo”, página 80.

De esta manera, cada PSEA ha sido calificada respecto a la situación de estas variables de acuerdo a un baremo cualitativo dicotómico (ver Ilustración 3.1).

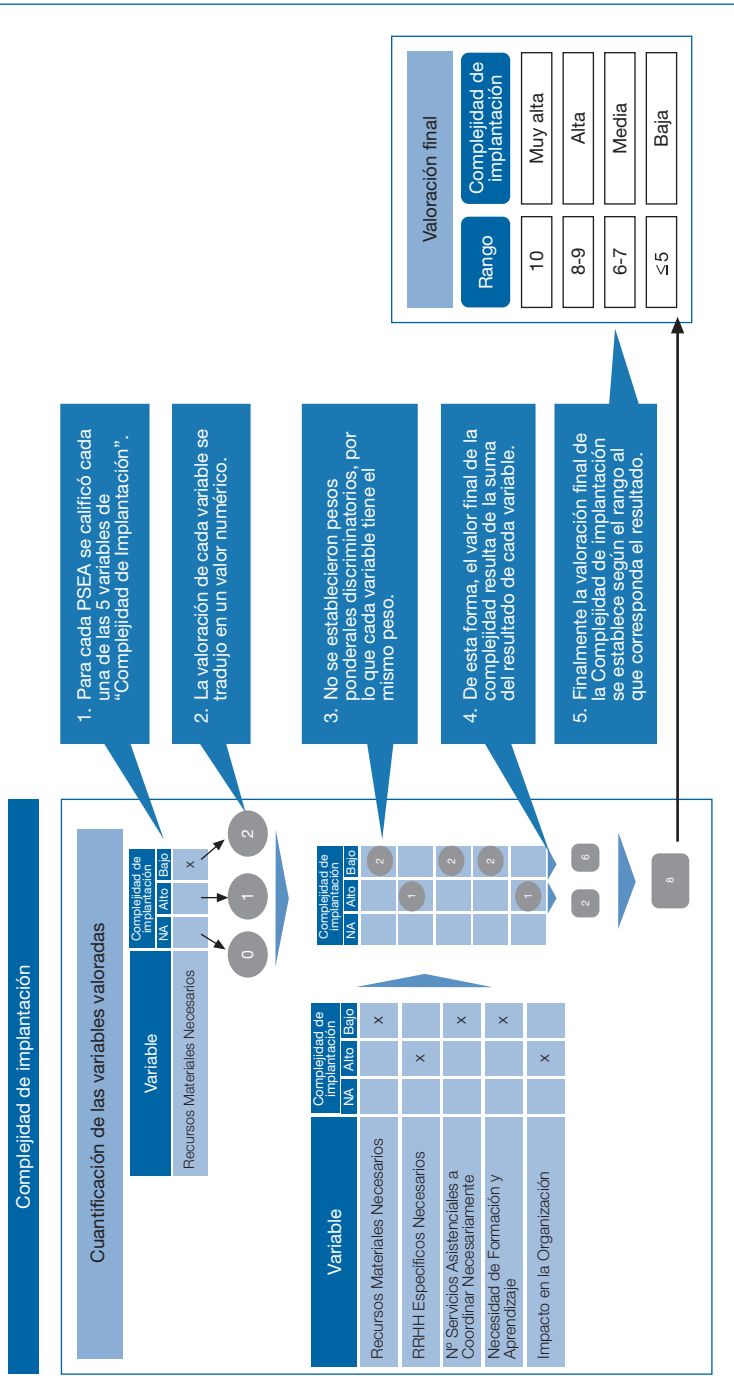
Ilustración 3.1. Baremo de valoración de cada PSEA según su “complejidad de implantación”

Recursos Materiales Necesarios	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Fungibles, material de oficina.
	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • TIC (Tecnologías Información y Comunicación), equipamientos de gestión de residuos, de dispensación y gestión logística (carrito de unidades), equipamiento electromédico específico (EKG, ecógrafos, etc.) • Alta tecnología médica.
RRHH Específicos Necesarios	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Personal sanitario habitual del hospital que no necesita certificación técnica adicional específica.
	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Personal con acreditación y/o certificación técnica específica para aplicar la Práctica Segura contra EA.
Nº Servicios Asistenciales a Coordinar Necesariamente	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Un solo servicio.
	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Más de un servicio.
Necesidad de formación y aprendizaje	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Formación sólo en procedimientos generales de actuación (guías o protocolos de acción).
	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en la utilización de equipamientos o instrumentos específicos o tecnologías específicas.
Impacto en la organización	Bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Menor o igual a 2 procesos (ver mapa IDEF de macroprocesos tipo de un hospital en los anexos).
	Alto	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 2 procesos.

Los resultados posteriormente se han tabulado como se indica a continuación:

- Una vez completada la calificación de las 5 variables para cada PSEA, se establece la valoración global única de la “complejidad de imputación” de la misma, especificando si se trata de una complejidad baja, media, alta o muy alta (ver descripción del método en la Ilustración 3.2.).

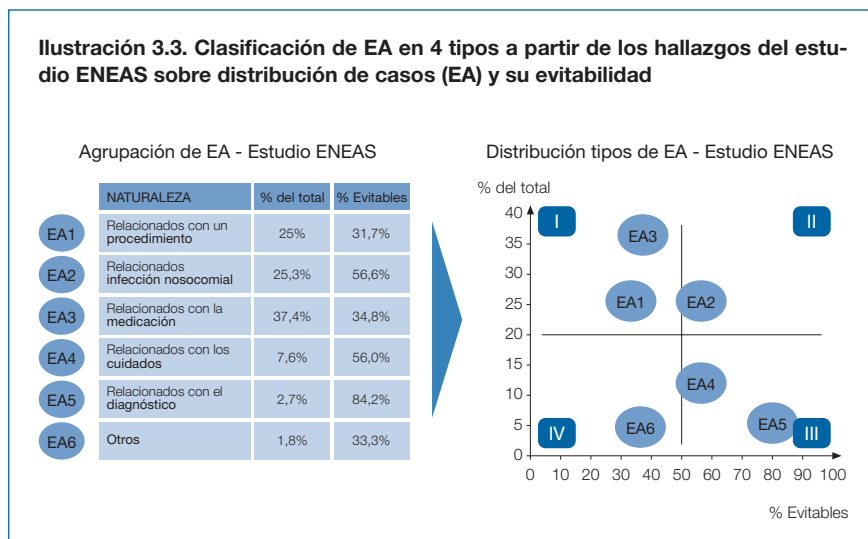
Ilustración 3.2. Método de clasificación de la valoración global única de la “complejidad de la implantación” de cada una de las PSEA.



III.3.2. Criterios de valoración de cada PSEA según su “impacto potencial general en la seguridad del paciente”:

Para este estudio se ha considerado que, a partir de los hallazgos del estudio ENEAS, se pueden establecer 4 “tipologías” de *impacto potencial general en la seguridad del paciente*, según el tipo de EA sobre los que se actúe (ver Ilustración 3.3.):

- Tipo I: Alto impacto (alta prevalencia y moderada evitabilidad).
- Tipo II: Muy alto impacto (alta prevalencia y alta evitabilidad).
- Tipo III: Impacto moderado (baja prevalencia y alta evitabilidad).
- Tipo IV: Impacto específico/limitado (baja prevalencia y baja evitabilidad).



En síntesis, teniendo en cuenta las 4 tipologías definidas, cada una de las PSEA identificadas, considerando el tipo de EA hacia el cuál se dirige, se ha valorado según su “impacto potencial general en la seguridad del paciente” como se indica a continuación:

Impacto Potencial:

- **Muy Alto:** Prácticas Seguras para evitar los EA relacionados con **infección nosocomial**.
- **Alto:** Prácticas Seguras para evitar los EA relacionados con **procedimientos e intervención quirúrgica** y con **medicamentos o balance hídrico**.
- **Moderado:** Prácticas Seguras para evitar los EA relacionados con la **monitorización** del paciente o **los cuidados** que necesita y con el **diagnóstico o pruebas diagnósticas**.
- **Específico/Limitado:** Prácticas seguras para evitar **otros** tipos de EA.

III.4. Fase 4: Identificación de las Prácticas Seguras Simples

A partir de los criterios definidos, se configuró la definición de “Práctica Segura Simple” que se utilizaría en el estudio. Según esta definición y sus parámetros, se ordenaron todas las PSEA permitiendo clasificarlas en 4 grupos en la “Matriz de PSEA”.

III.4.1. Definición e identificación de las Prácticas Seguras Simples:

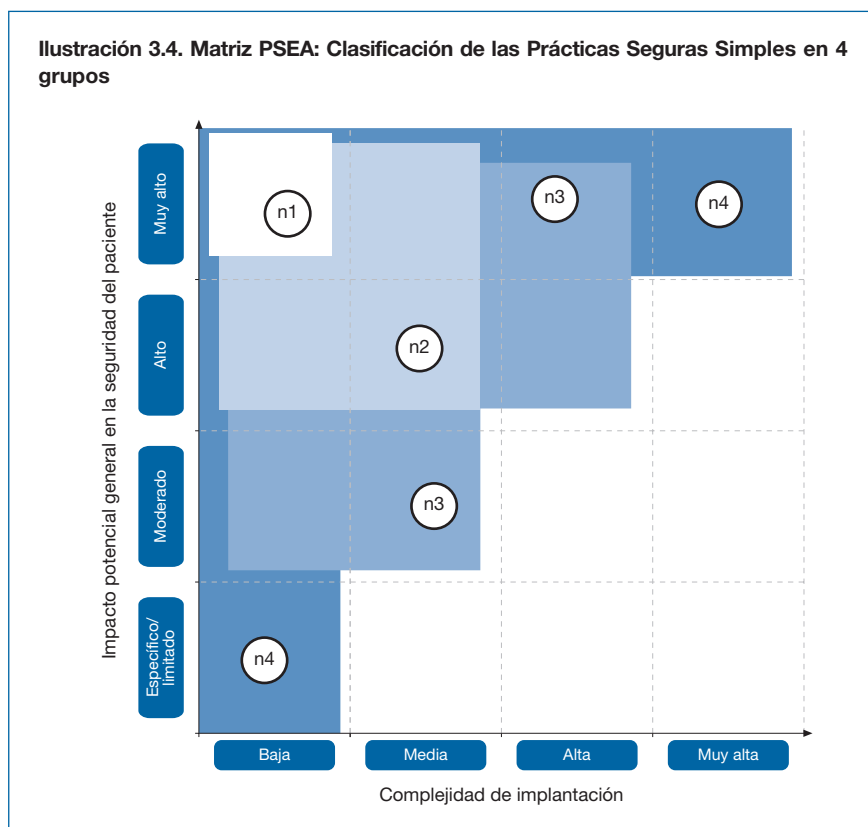
Aunque no existe una definición formalmente establecida de “Práctica Segura Simple” en la literatura, en el contexto de este estudio se entiende como tal toda recomendación que reúna las siguientes características (definidas antes):

Ser una **Práctica Segura...**
...contra Efectos Adversos,...
...De baja complejidad de implantación y...
...De alto impacto potencial general en la seguridad del paciente.

Así, en base a todos los criterios descritos anteriormente, se han identificado en las fuentes analizadas aquellas prácticas que se consideran como “Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales”.

III.4.2. Clasificación de las Prácticas Seguras Simples en 4 grupos

La correlación entre la distribución de las PSEA según su “impacto potencial” y según su “complejidad de implantación”, permite construir la “Matriz PSEA” y discriminar así las Prácticas Seguras Simples en 4 niveles (ver Ilustración 3.4.).



Así, el Nivel 1 (n1) tiene las condiciones ideales de una “Práctica Segura Simple” según la definición explicada, es decir, la menor complejidad de implantación y el mayor impacto potencial general en la seguridad del paciente.

Además, se consideran otros 3 niveles más de Prácticas Seguras Simples (n2, n3 y n4) según condiciones de equilibrio *Impacto potencial* versus *com-*

plejidad de implantación diferentes. Así es posible tener 4 niveles de priorización que, en último término, buscan facilitar en alguna medida la toma de decisiones a la hora de elegir aquellas PSEA sobre las que actuar o por las que apostar.

III.5. Fase 5: Validación de los resultados con un panel de expertos

Como fase final, se llevó a cabo una jornada de trabajo con un panel de expertos seleccionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), con el fin de:

- Validar la metodología utilizada (para la determinación de las Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales) y los resultados obtenidos.
- Desarrollar un trabajo de reflexión conjunta y de consenso, utilizando Técnicas de Grupo Nominal, con el objeto de determinar:
 - Cuáles son las principales barreras a superar para implantar las prácticas seguras simples en los hospitales españoles.
 - Cuáles deberían ser las iniciativas clave a impulsar desde el MSC, de cara a las barreras identificadas, para facilitar la implantación de las prácticas seguras simples.

De esta manera estas 5 fases configuraron el marco metodológico de análisis para el logro de los objetivos de este estudio.

IV. Resultados

IV.1. Prácticas seguras contra efectos adversos (PSEA) seleccionadas

A partir de la revisión realizada se han identificado 28 recomendaciones que cumplen los criterios establecidos tanto de “Práctica Segura” como “Contra Efectos Adversos” (Ver apartado 3. Materiales y métodos):

1. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
2. Mejorar la higiene de las manos.
3. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
4. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
5. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
6. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
7. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
8. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
9. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
10. Identificación de los pacientes.
11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos períodos.
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal.
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.

19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.).
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.
26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.

IV.2. Distribución por países

Sólo 7 (25%) de las 28 PSEA seleccionadas, están presentes como recomen-

Ilustración 4.1. PSEA presentes como recomendaciones generales en 3 o más de los países analizados

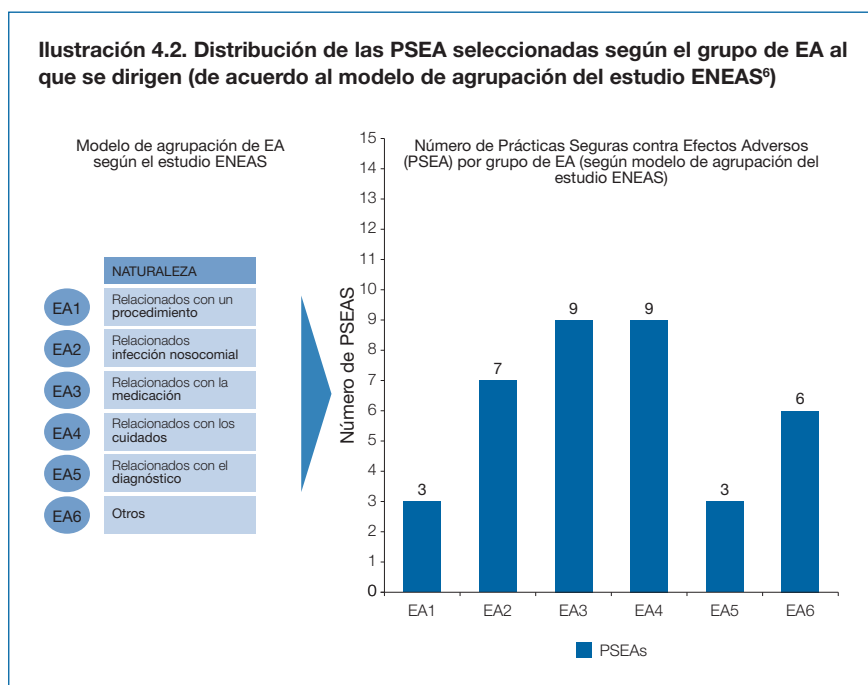
	OMS	EE.UU.	Canadá	España	Reino Unido
02. Mejorar la higiene de las manos	x	x	x	x	x
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión	x	x	x	x	x
08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto	x	x		x	x
10. Identificación de los pacientes	x	x		x	x
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos	x	x		x	x
09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes	x	x			x
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales	x	x		x	

daciones generales en 3 o más de los países analizados (ver Ilustración 4.1.⁵).

De las 21 PSEA identificadas restantes, 8 están presentes como recomendaciones generales en 2 países y 13 sólo en un país.

IV.3. Distribución en los grupos de EA definidos en el estudio ENEAS

Las 28 PSEA seleccionadas se distribuyen en los 6 grupos de Efectos Adversos definidos en el estudio ENEAS (ver Ilustración 4.2.).



5 Para ampliar ver Anexo 1: PSEA - Orden descendente según número de países que recomiendan cada una, en la página 45 de este documento.

6 PSEA se relacionan con más de un grupo de EA, razón por la que el gráfico de barras muestra 37 PSEA.

La mayoría de las PSEA elegidas se dirigen a EA relacionados con la Medicación, los cuidados y las infecciones nosocomiales⁷.

IV.4. Distribución de las PSEA según su “impacto potencial general en la seguridad del paciente”

Al determinarse, para cada una de las 28 PSEA identificadas, el grupo de EA al que corresponde tomando como referencia los resultados del estudio ENEAS, se establecieron 4 tipos de “Impacto potencial general en la seguridad del paciente” con la siguiente distribución: Impacto específico/ limitado 3 PSEA; Impacto moderado 8 PSEA; Impacto alto 8 PSEA e Impacto muy alto 9 PSEA (ver Ilustración 4.3., página 27).

IV.5. Distribución de las PSEA según su “complejidad de implantación”

Utilizando la metodología de valoración de la “complejidad de implantación” (Ver apartado III.3.1.), se obtuvieron los siguientes resultados: Baja complejidad 11 PSEA; Media complejidad 7 PSEA; Alta complejidad 10 PSEA y Muy alta complejidad ninguna PSEA (ver Ilustración 4.4., página 28).

7 Ver detalle en el Anexo 2: Distribución de las PSEA seleccionadas en los 6 grupos de EA definidos en el estudio ENEAS. Página 47.

Ilustración 4.3. Distribución de las 28 PSEA identificadas según su impacto potencial general en la seguridad del paciente

Alto impacto

I

08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.

Impacto específico/limitado

IV

26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.

Muy alto impacto

II

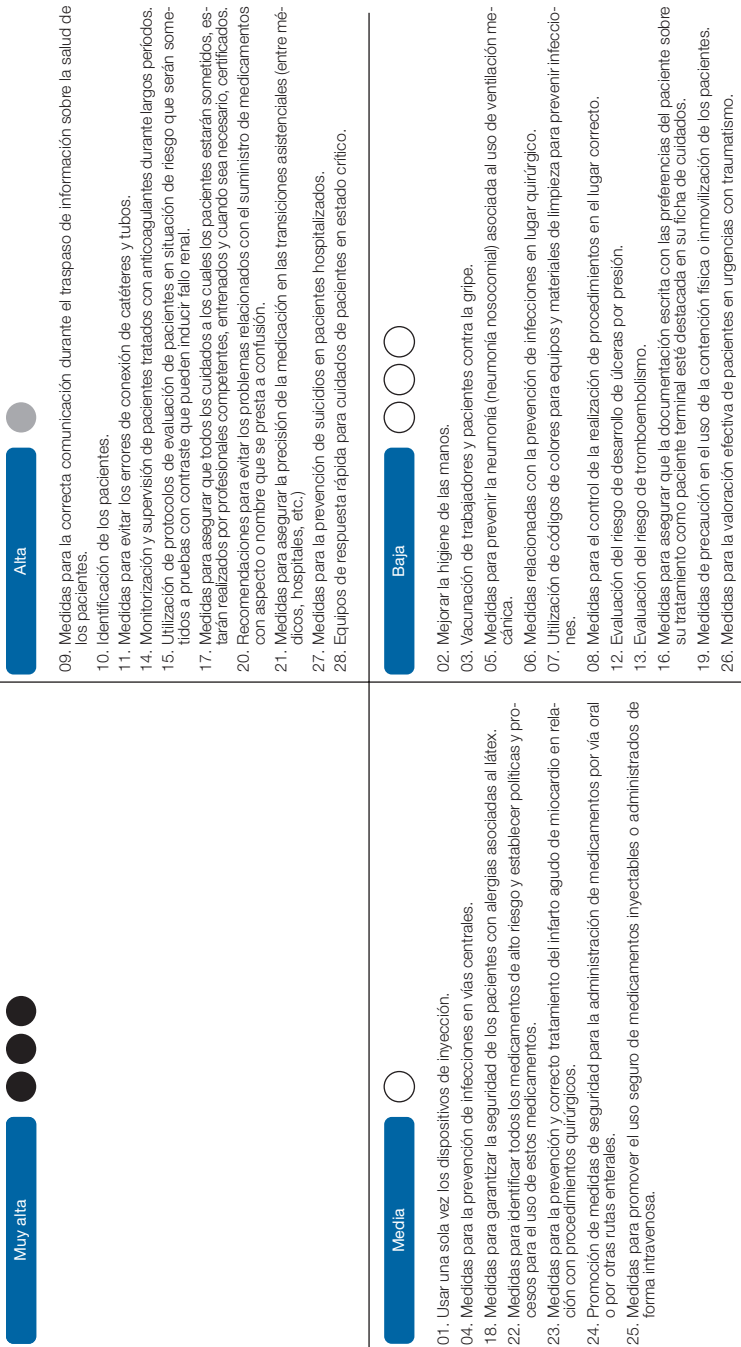
01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
02. Mejorar la higiene de las manos.
03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
10. Identificación de los pacientes.

Impacto moderado

III

11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos periodos.
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal.
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.

Ilustración 4.4. Distribución de las 28 PSEA identificadas según su “complejidad de implantación”



IV.6. Determinación de las Prácticas Seguras Simples (PSS)

Aplicando el planteamiento metodológico explicado en el apartado III.4, se determinaron las PSS distribuidas en 4 tipos con los siguientes resultados:

PSS n1. Con muy alto impacto potencial en la seguridad del paciente y baja complejidad de implantación

En este subgrupo se localizaron 5 PSEA:

02. Mejorar la higiene de las manos.
03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en el lugar quirúrgico.

PSS n2. Con alto impacto potencial en la seguridad del paciente y media complejidad de implantación

En este subgrupo se localizaron 8 PSEA:

01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.

PSS n3. Con moderado impacto potencial en la seguridad del paciente y media complejidad de implantación o alto impacto y alta complejidad

En este subgrupo se localizaron 8 PSEA:

09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
10. Identificación de los pacientes.
12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal, esté destacada en su ficha de cuidados.
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.

PSS n4. Con limitado impacto y baja complejidad o Muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación

En este subgrupo se localizó 1 PSEA:

26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.

Prácticas Seguras que no corresponden a ninguno de los 4 grupos de PSS

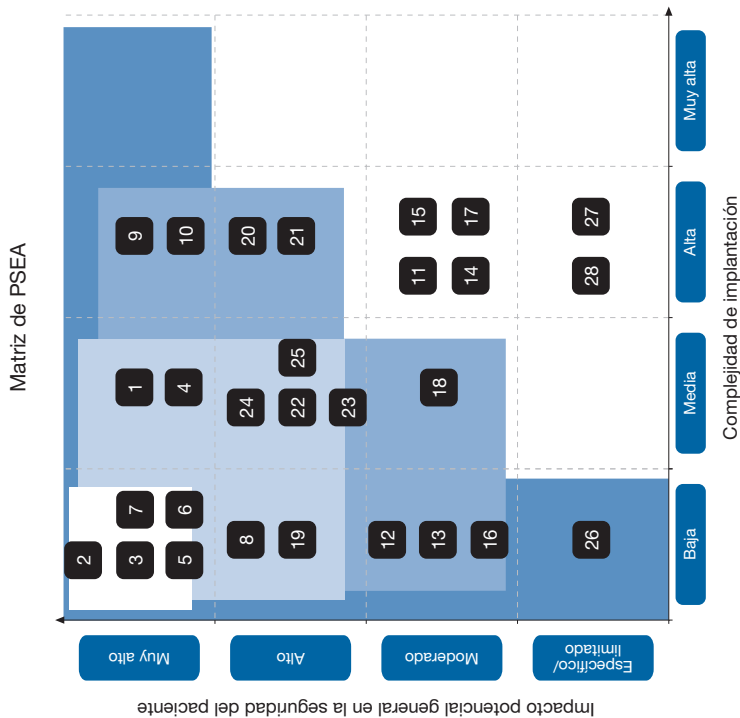
En este subgrupo se localizaron 6 PSEA:

11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos periodos.
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas de contraste que pueden inducir fallo renal.
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos serán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.

Ilustración 4.5. Distribución de las Prácticas Seguras en la Matriz PSEA

Prácticas Seguras Simples

01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
02. Mejorar la higiene de las manos.
03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
10. Identificación de los pacientes.
11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos períodos.
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal.
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.
19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.
26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.



En la Ilustración 4.5. (página 31) se muestra la distribución comentada, en el marco de la matriz PSEA⁸.

IV.7. Resultados validados con el panel de expertos

IV.7.1. Objetivos de la jornada

El 8 de noviembre de 2007 se llevó a cabo, en las instalaciones del MSC, una jornada de reflexión con la participación de 21 expertos provenientes de diferentes regiones de España⁹ y con los siguientes objetivos:

A partir de las conclusiones del estudio preliminar “Prácticas Seguras simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales”, desarrollar una reflexión...

- desde la perspectiva de su conocimiento y experiencia,
- acerca de las principales barreras a superar para implantar las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles.

Y avanzar en...

- una formulación de partida,
- de posibles iniciativas a impulsar desde el MSC,
- para facilitar la implantación de las Prácticas Seguras Simples
- teniendo en cuenta las barreras a superar consideradas.

IV.7.2. Barreras para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles

Utilizando la metodología Metaplán®, el panel de expertos inició un proceso de reflexión para dar respuesta a una pregunta concreta:

“¿Cuáles son las principales barreras a superar para implantar las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles?”.

⁸ Ver explicación de esta matriz en el apartado “III.4.2. Clasificación de las Prácticas Seguras Simples en 4 grupos”, página 20.

⁹ Ver relación de participantes en el “Anexo 5: Panel de expertos participantes en la jornada de reflexión”, página 81.

De esta forma se clarificaron las que, en opinión de los expertos, son las 11 principales barreras a superar para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles.

Barrera:

- Resistencia al cambio.
- Limitaciones de los canales, medios y/o niveles de interacción para la transmisión de información y comunicación.
- Escasez / disponibilidad limitada de recursos humanos.
- Recursos económicos y/o de infraestructuras limitados.
- Deficiente coordinación entre niveles.
- Cultura del riesgo / seguridad poco desarrollada.
- Falta de liderazgo directivo a favor de la Seguridad del Paciente y las Prácticas Seguras.
- Desarrollo mejorable y/o asimétrico de la gestión clínica.
- Formación insuficiente.
- Los proveedores no están implicados activamente en la optimización de la Seguridad del Paciente.
- Escasa integración de la gestión de riesgos y prácticas seguras, en la gestión y control general de los hospitales.

Posteriormente las barreras identificadas se priorizaron según criterios de factibilidad¹⁰ e importancia¹¹.

IV.7.3. Iniciativas clave desde el MSC ante las barreras identificadas

Finalmente, previa distribución del panel de expertos en grupos de trabajo, se procedió a una nueva reflexión en base a la siguiente pregunta:

“¿Cuáles deberían ser las iniciativas clave a impulsar desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, de cara a las barreras identificadas, para facilitar la implantación de las Prácticas Seguras Simples?”

10 Factibilidad: Nivel relativo que cada barrera tiene, respecto a las demás, para ser consideradas como más “fáciles” o asequibles de superar en el contexto actual de los hospitales españoles.

11 Importancia: Nivel relativo que cada barrera tiene, respecto a las demás, para ser consideradas como más importantes por su efecto dinamizador en la implantación de las Prácticas Seguras Simples (al superarlas o resolverlas, contribuirían de forma más importante a la implantación de las Prácticas Seguras).

De esta forma, para cada una de las barreras identificadas los expertos consensuaron sus recomendaciones acerca de las iniciativas que sería clave impulsar, desde el MSC, para afrontarlas.

Los detalles de esta reflexión se explican más adelante en el capítulo *V. Conclusiones* (página 35).

V. Conclusiones

V.1. Resumen general

El desarrollo de este trabajo ha permitido alcanzar 4 grandes conclusiones (los detalles de cada una se comentan posteriormente en el apartado *V.2. Detalle de las conclusiones*, página 37).

1. Se identificaron y analizaron las Prácticas Seguras para la Prevención de Efectos Adversos (PSEA) recomendadas por agentes gubernamentales, en 4 países más la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigidas a hospitales (ver detalle en la página 37).

De esta forma ha sido posible no sólo comprobar que la formulación de PSEA dirigidas a hospitales es una práctica en plena actividad en los países analizados, sino identificar en concreto 28 Prácticas Seguras que resumen las líneas de trabajo impulsadas.

Estas 28 PSEA, además, se caracterizaron desde dos perspectivas principales:

- Según su “impacto general potencial en la seguridad del paciente” en el contexto español, al tomar como referencia para este análisis los resultados del estudio ENEAS.
- Según la “complejidad de la implantación” a partir de 5 criterios:
 - Recursos materiales necesarios.
 - Recursos humanos específicos necesarios.
 - Número de servicios asistenciales a coordinar necesariamente.
 - Necesidad de formación y aprendizaje.
 - Impacto en la organización.

2. Se determinaron cuáles son, a partir de la metodología planteada, las Prácticas Seguras Simples para la prevención de Efectos Adversos en los hospitales (Ver detalle en la página 38).

Así, fue posible establecer entre las 28 PSEA identificadas cuáles verdaderamente son “simples” al ser, además de claramente importantes por su impacto potencialmente beneficioso en la prevención de los Efectos Adversos más prevalentes en nuestro contexto, las de menor “complejidad de implantación”.

Al poder establecer 4 grandes grupos (niveles) en los que se distribuyeron las PSEA, ha sido posible formular de manera concreta por

ejemplo, cuáles son las 5 PSEA (nivel 1) con el más alto impacto potencial en prevención de EA y menor complejidad de implantación.

Se trata pues de información del más alto valor a la hora de la toma de decisiones sobre “por dónde comenzar”.

3. Se alcanzó un consenso de expertos sobre las principales barreras para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles (ver detalle en la página 39).

A pesar de conocer ya en este punto del estudio cuáles son las Prácticas Seguras Simples pertinentes para el contexto hospitalario español, quedaba pendiente clarificar, a la hora de comenzar a impulsar la implantación de dichas Prácticas Seguras en nuestros hospitales, cuáles son las barreras que se van a encontrar como principales obstáculos para su implantación efectiva.

21 Expertos convocados por el MSC para esta reflexión, tomando como referencia toda la información generada por el estudio en sus fases previas, consensuaron las 11 principales barreras y las distribuyeron en 3 niveles de prioridad.

De esta forma los decisores ahora, además de saber por qué PSEA es idóneo comenzar y qué orden seguir, cuentan con una clara referencia de cuáles son, por ejemplo, las 4 barreras (prioridad 1) sobre las que podrían concentrar los esfuerzos desde el primer momento.

4. Los expertos hicieron recomendaciones sobre las iniciativas clave a impulsar desde el MSC para afrontar las barreras (ver detalle en la página 41).

Finalmente el panel de expertos ha ido un paso más allá y ha formulado para las diferentes barreras identificadas, y poniéndose en el lugar del MSC, una serie de recomendaciones concretas sobre ejes de acción que podrían activarse y dinamizarse desde el MSC.

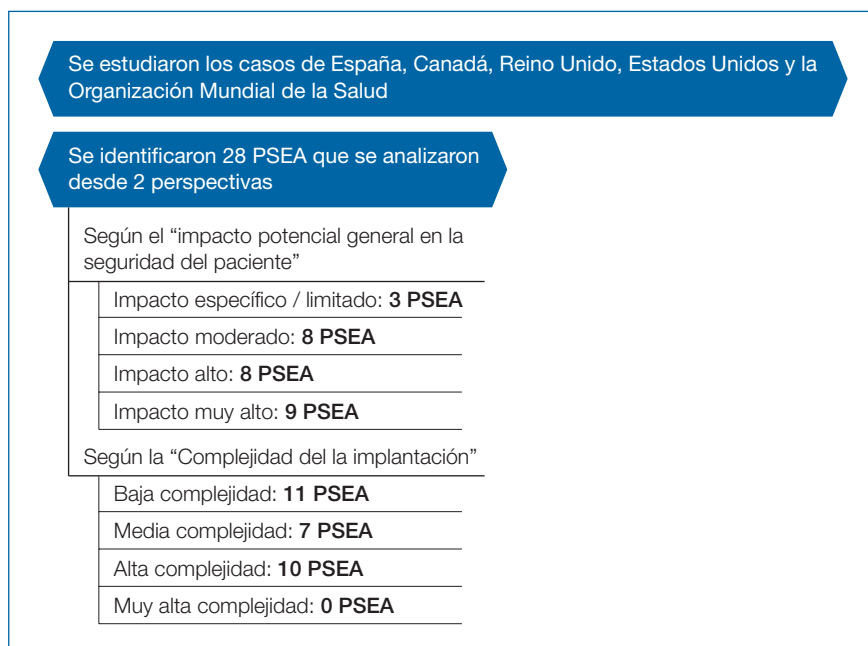
De esta forma se cierra un círculo que ha contestado las siguientes preguntas:

- *¿Cuáles son las Prácticas Seguras para la Prevención de EA en hospitales impulsadas de forma efectiva hoy en los países de referencia?*
- *¿Cuáles de estas PSEA son más importantes en el ámbito hospitalario español?*
- *¿Cuáles son las Prácticas Seguras Simples en nuestro contexto y, consecuentemente, por qué PSEA sería idóneo comenzar a trabajar con mayor actividad?*
- *¿Qué barreras nos encontraremos a la hora de ponernos en marcha en los hospitales españoles?*

- *¿De estas barreras, en cuáles deberíamos concentrar nuestros esfuerzos?*
- *Y en concreto, ¿qué cosas podrían hacerse desde el Ministerio de Sanidad y Consumo para ayudar a impulsar todo este trabajo de forma efectiva?*

V.2. Detalle de las conclusiones

1. **Se identificaron y analizaron las Prácticas Seguras para la Prevención de Efectos Adversos (PSEA) recomendadas por agentes gubernamentales, en 4 países más la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigidas a hospitales.**



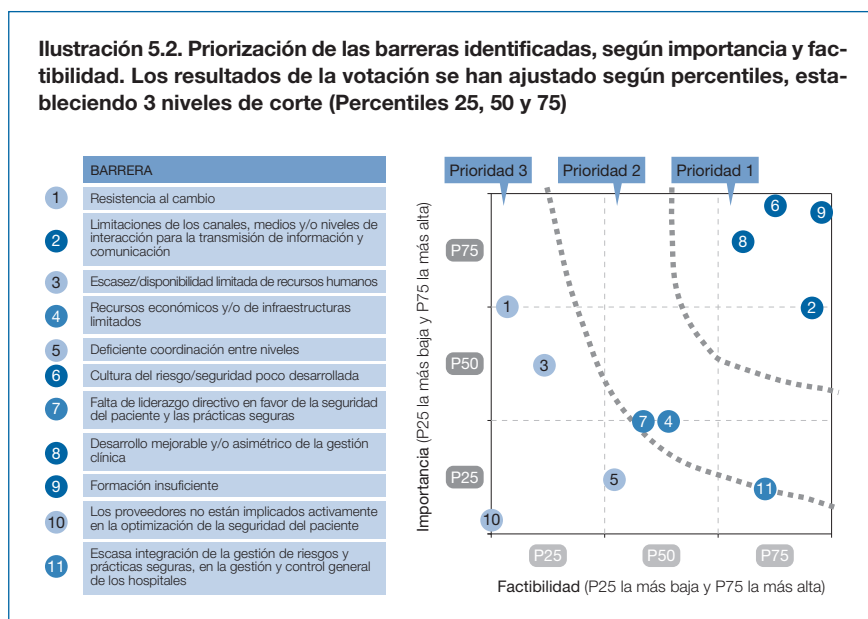
Para cada una de las PSEA se ha aportado tanto una descripción detallada de su valoración según la metodología aplicada, así como las referencias documentales correspondientes (ver *Anexo 3. Análisis detallado de las PSEA identificadas*, página 52).

2. Se determinaron cuáles son, a partir de la metodología planteada, las Prácticas Seguras Simples para la prevención de Efectos Adversos en los hospitales.

La correlación de las 2 perspectivas permitió determinar 4 niveles de recomendación de implantación	
Nivel 1 Muy alto impacto y baja complejidad de implantación: 5 PSEA	02. Mejorar la higiene de las manos.
	03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.
	05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.
	06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.
	07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
Nivel 2 Alto impacto y media complejidad de implantación: 8 PSEA	01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
	04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.
	22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.
	23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.
	24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
Nivel 3 Moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación: 8 PSEA	08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.
	25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.
	19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.
	20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.
	21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)
Nivel 4 Limitado impacto y baja complejidad o muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación: 1 PSEA	09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.
	10. Identificación de los pacientes.
	12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.
	13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.
	16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.
	18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.
26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.	

3. Se alcanzó un consenso de expertos sobre las principales barreras para la implantación de las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles.

Además de identificar las barreras principales, se establecieron 3 niveles de prioridad (ver Ilustración 5.2.).

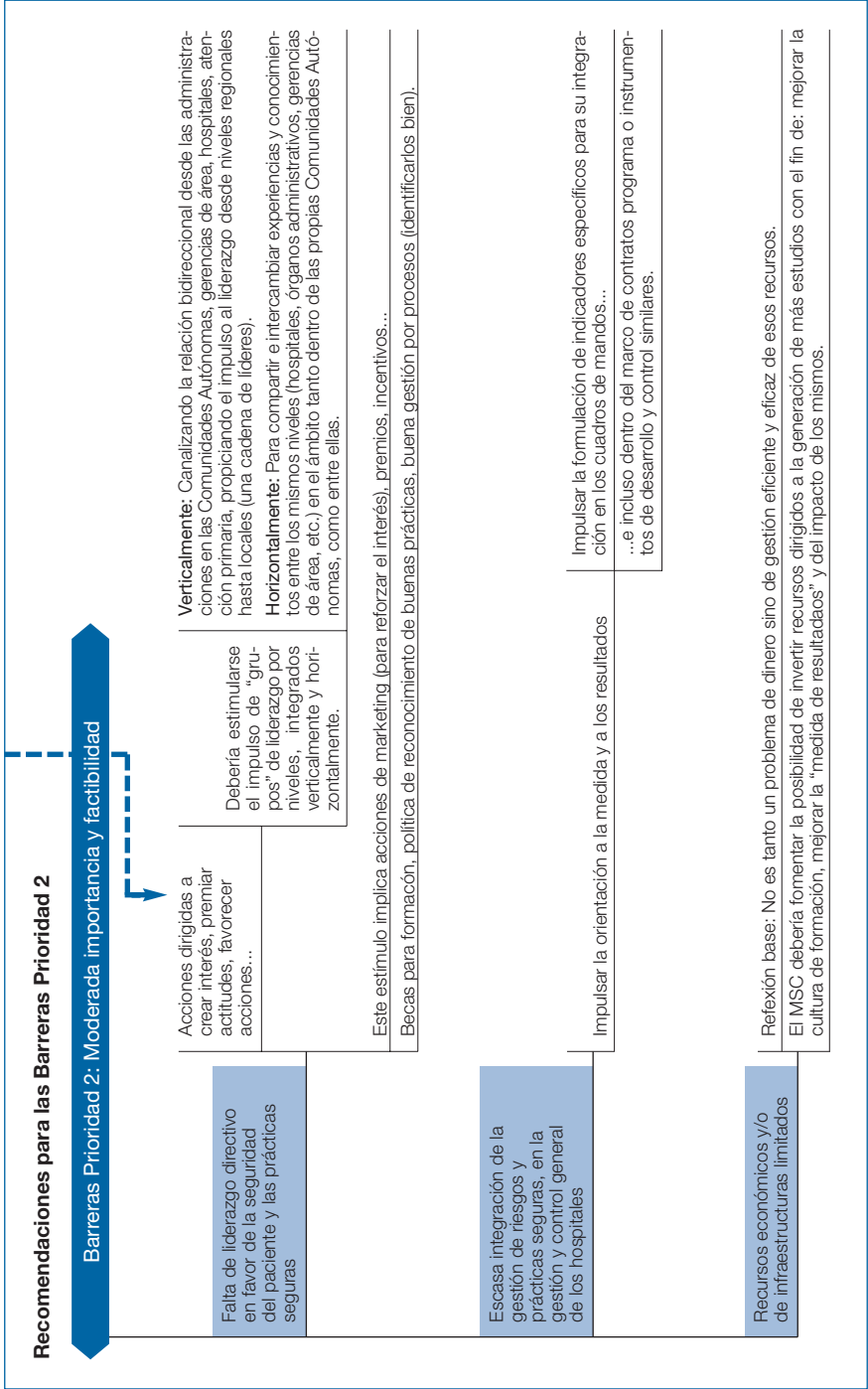


De esta forma, se segmentaron las “barreras” en 3 grandes grupos, con el fin de establecer cuáles de ellas podrían abordarse antes (Prioridad 1) que otras (Prioridad 2 y 3).

Barreras Prioridad 1: Alta importancia y factibilidad	Formación insuficiente
	Cultura del riesgo/seguridad poco desarrollada
	Desarrollo mejorable y/o asimétrico de la gestión clínica
	Limitaciones de los canales, medios y/o niveles de interacción para la transmisión de información y comunicación
Barreras Prioridad 2: Moderada importancia y factibilidad	Recursos económicos y/o de infraestructuras limitados
	Falta de liderazgo directivo en favor de la seguridad del paciente y las prácticas seguras
	Escasa integración de la gestión de riesgos y prácticas seguras, en la gestión y control general de los hospitales
Barreras Prioridad 3: Baja importancia y/o factibilidad	Deficiente coordinación entre niveles
	Escasez/disponibilidad limitada de recursos humanos
	Resistencia al cambio
	Los proveedores no están implicados activamente en la optimización de la seguridad del paciente

4. Los expertos hicieron recomendaciones sobre las iniciativas clave a impulsar desde el MSC para afrontar las barreras.

Recomendaciones para las Barreras Prioridad 1 Barreras Prioridad 1: Alta importancia y factibilidad	
<p>Las comisiones podrían paarticipar en el diseño de estos planes/programas.</p>	<p>Incluir en estos programas a los profesionales que empiezan a formarse (médicos —MIRes—, enfermería, etc.)</p> <p>Establecer algún tipo de campaña publicitaria en el que se incida especialmente en que la seguridad clínica no implica ningún aspecto punitivo.</p> <p>CRÍTICO: Vencer la cultura del "miedo".</p>
<p>Con mensajes claramente en positivo para las acciones dirigidas contra la "cultura del miedo a comunicar/reconocer los errores".</p> <p>Los proveedores sanitarios no están suficientemente motivados/exigidos a implicarse en la cultura de seguridad del paciente.</p>	<p>Que el MSC tenga prioritario impulsar estas iniciativas desde el Consejo Interterritorial de salud como coordinador e impulsor.</p> <p>Unificación de criterios.</p>
<p>Cultura del riesgo/seguridad poco desarrollada</p>	<p>Potenciar, impulsar, incentivar el liderazgo dirigido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Propiciar la colaboración y participación activa de todos los agentes implicados. Benchmarking a nivel de Comunidades Autónomas y de Sociedades Científicas de resultados y logros. Promoción de programas específicos.
<p>Limitaciones de los canales, medios y/o niveles de interacción para la transmisión de información y comunicación</p>	<p>Potenciar la formación en temas relacionados con la gestión del cambio de cultura y cambios de mentalidades y prácticas. Especialmente en aspectos como la gestión de procesos, trabajo en equipo, etc.</p> <p>Coordinar la formación para fijar un nivel básico homogéneo (contribuir a fijar estándares y criterios base) y dirigirla ampliamente a los diferentes profesionales del sector.</p> <p>Impulsar la formación continuada en el tema y utilizar/desrollar las herramientas de difusión: medios de comunicación, establecer sistemas de información integrados para todas las CCAA, etc.</p>
<p>Desarrollo mejorable y/o asimétrico de la gestión clínica</p>	<p>Dar a conocer la información sobre los Efectos Adversos, los datos que tenemos: a través del sitio web del MSC y envío a las Comunidades Autónomas para su distribución a las organizaciones y, especialmente a los profesionales.</p> <p>Estimular el flujo de recursos específicos para estos fines.</p>



Recomendaciones para las Barreras Prioridad 3

Barreras Prioridad 3: Baja importancia y/o factibilidad

Deficiente coordinación entre niveles

Marcar directrices y aconsejar en tres ejes: profesionales, pacientes, niveles asistenciales

Que en las campañas de promoción impulsadas por el MSC, estos agentes (profesionales, pacientes, niveles, asistenciales) se vean identificados en las mismas (no sólo el ministerio sino que los demás agentes se vean reconocidos). Crear un sentido de compromiso común y compartido, de equipo.

Fomentar cada uno de los niveles (ministerio, CCAA, hospitales, etc.), el desarrollo de comisiones multidisciplinarias similares a las de esta sesión de expertos.

Escasez/disponibilidad limitada de recursos humanos

Formular normas básicas para estandarización de plantillas e impulsar la creación de sistemas de reconocimiento de buenas prácticas.

Estimular el desarrollo de la gestión por procesos.

Resistencia al cambio

Incentivar-impulsar la configuración de planes de formación específicos y la definición de normas claras (de prevención de efectos adversos) a incluir en el manual de acogida de los centros (de prevención de EA).

Estructurar programas de incentivos para hospitales que implanten o avancen positivamente en la apropiación e integración efectiva de la cultura de prevención de riesgos.

Sustentado en información que sirva de feedback y que optimice la gestión en este sentido.

Primar a aquellos que implantaran en sus hospitales, comisiones de calidad y/o unidades de riesgo.

Los proveedores no están implicados activamente en la optimización de la seguridad del paciente

Otras recomendaciones adicionales (no asociadas directamente a barreras concretas)

Otros aspectos comentados por los participantes, a tener en cuenta

"El pecado por omisión" es un aspecto relevante.

"La costumbre crea cultura"

Estamos llenos de manuales y protocolos pero pocos se llevan a la práctica.
Que se fomente desde el nacimiento de la profesión esta cultura.

"Concienciar a los profesionales de la autonomía de los pacientes, de su poder de decisión.

"Educación a los ciudadanos"

Es muy importante que los ciudadanos conozcan qué es un Efecto Adverso.
Apuesta por una campaña de educación dirigida al ciudadano.
Comenzar a trabajar para contener los efectos de la mediatización, con el fin de que en vez de fomentarla "cultura del miedo" impulsen la "cultura del control de riesgos".

Incidir, además de en la cultura de comunicación (registro) del "error", también en la del registro del "casi error".

Un mensaje a consolidar: No hay "espacios libres de error" sino espacios "donde se aprende del error".

La corrección del error no se basa en la culpabilización individual sino en el análisis de la cadena de sucesos que lo han desencadenado.

VI. Anexos

VI.1. Anexo 1. PSEA - Orden descendente según número de países que recomiendan cada una

PSEA seleccionadas, ordenadas de acuerdo con el número de países/organización en los que se han identificado

	OMS	EE.UU.	Canadá	España	Reino Unido
02. Mejorar la higiene de las manos.	x	x	x	x	x
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.	x	x	x	x	x
08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto.	x	x		x	x
10. Identificación de los pacientes.	x	x		x	x
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.	x	x		x	x
09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes.	x	x			x
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.	x	x		x	
04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales.		x	x		
05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica.		x	x		
06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico.		x	x		
11. Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.	x				x
14. Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos períodos.		x			x
19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.				x	x
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.		x	x		
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.			x		x
01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.	x				
03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe.		x			
07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.					x
12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión.		x			
13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo.		x			
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal.		x			
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.		x			
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.		x			
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.					x
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.					x
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.					x
26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.				x	
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.				x	

VI.2. Anexo 2. Distribución de las PSEA seleccionadas en los 6 grupos de EA definidos en el estudio ENEAS

Detalle de la distribución de las PSEA seleccionadas en los 6 grupos de EA definidos en el estudio ENEAS

(2/2)

	EFECTOS ADVERSOS (Clasificación estudio ENEAS)										ORGANIZACIÓN/ PAÍS				
	Relacionados con										Otros	EE.UU.	Canadá	España	Reino Unido
	Medicamentos o balance	Monitoreo del paciente	Cuidados que necesitan	Procedimientos e intervención quirúrgica	Diagnósticos o pruebas diagnósticas	Valoración del estado general del paciente	Infección Nosocomial	Otros	OMS	EE.UU.	Canadá	España	Reino Unido		
15. Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal.	X									X					
16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados.	X									X					
17. Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados.	X									X					
18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex.	X												X		
19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.	X	X						X				X	X		
20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión.	X								X		X	X	X		
21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)	X								X		X	X	X		
22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos.	X								X	X	X	X	X		
23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos.				X						X	X		X		
24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.	X												X		
25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa.	X												X		
26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.						X						X			
27. Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados.						X						X			
28. Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico.						X						X	X		

VI.3. Anexo 3. Análisis detallado de las PSEA identificadas

1

Usar una sola vez los dispositivos de inyección

Definición

Acciones sugeridas para prevenir la reutilización no segura de los dispositivos de inyección.

"De acuerdo con estimaciones de la OMS, en el año 2000 en los países en desarrollo la reutilización de los dispositivos de inyección provocó 22 millones de nuevos casos de infección de hepatitis B, 2 millones de hepatitis C y cerca de 250.000 nuevos infectados con el SIDA."

País

OMS

Organización

OMS

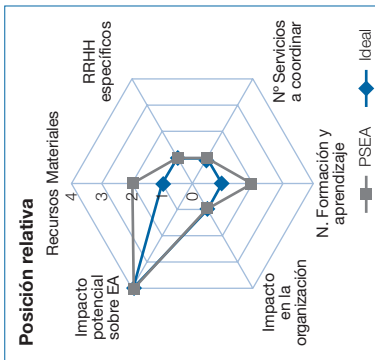
Política

- Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 8). Usar una sola vez los dispositivos de inyección*.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Incinerador. Nuevas soluciones, como por ejemplo, sistemas de inyección sin agujas.
RRHH específicos necesarios	x		Personal sanitario entrenado en control de infecciones, en prácticas seguras en el uso de inyecciones, en gestión de desechos sellados y en la efectividad de medicamentos no inyectables.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente	x		Hospitalización convencional y materno-infantil, UCI, Anatomía patológica y laboratorios y Urgencias.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en control de infecciones, prácticas seguras en el uso de los dispositivos de inyección y gestión de residuos.
Impacto en la organización		x	Administración de medicamentos inyectables. Supone interacción solo entre proceso asistencial (hospitalización, etc.) y servicio de control de desechos.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con infección nosocomial.

Referencias

1. OMS, 2007.



2 Mejorar la higiene de las manos

Definición

Acciones sugeridas para reducir la transmisión de infecciones a través de la mejora en la higiene de las manos.

"De acuerdo con estimaciones publicadas por la OMS, más de 1,4 millones de personas en todo el mundo están sufriendo de algún tipo de infección adquirida en hospitales."

País

OMS

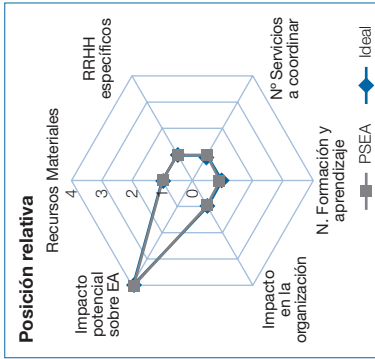
Organización

The National Quality Forum

Política

- Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 9), Mejorar la higiene en las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud¹.
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 22) Cumplir con la guía para la higiene de las manos de los Centros para Prevención y Control de Enfermedades².
- Guía de Control de Infecciones. Lavado de manos, limpieza, desinfección y esterilización en atención sanitaria³.
- Alerta para la seguridad del paciente (A04). Manos limpias ayudan a salvar vidas.
- Vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles⁴.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Dispensadores de jabón. Jabón a base de alcohol.
RRHH específicos necesarios		x	Personal entrenado en técnicas correctas del lavado de manos.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Hospitalización convencional y materno-infantil, UCI, Bloque quirúrgico y Urgencias.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Educación en técnicas para una correcta higiene de las manos.
Impacto en la organización		x	Cuidado del paciente.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+++	+++	EAs relacionados con infección nosocomial.



Referencias

1. OMS, 2007. 2. The National Quality Forum, 2006. 3. Health Canada, 1998. 4. National Patient Safety Agency, 2004. 5. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

3

Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe

Definición

Acción sugerida para prevenir infecciones a través de inmunización tanto de los profesionales de atención sanitaria, como de los pacientes en riesgo contra la gripe.
 "A través de la inmunización de profesionales y pacientes el riesgo de muerte por contagio puede reducirse hasta en un 50%."

País

EE.UU.

Organización

The National Quality Forum

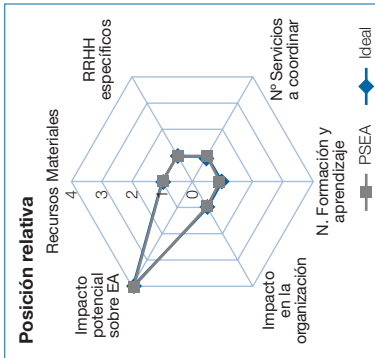
Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 23) Inmunizar profesionales de atención a salud y pacientes en riesgo contra la gripe¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material fungible.
RRHH específicos necesarios	x		Personal entrenado sobre la importancia de la vacunación como línea de defensa en la prevención y el contagio de la gripe.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente	x		Admisiones. Se recomienda que desde el servicio de admisión se proponga la vacunación de cada nuevo ingreso.
Necesidad de formación y aprendizaje	x		Formación de profesionales sanitarios en la administración de vacunas contra la gripe.
Impacto en la organización		x	Servicio de admisiones.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con infección nosocomial.

Referencias

- The National Quality Forum, 2006.



4

Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales

Definición

Acciones para prevenir las infecciones en líneas centrales.

País

EE.UU.

Organización

The National Quality Forum
Safer Healthcare Now! Campaign
(Campaña a escala nacional en Canadá, apoyada además por el Institute for Healthcare Improvement —IHI— de EE.UU).

Política

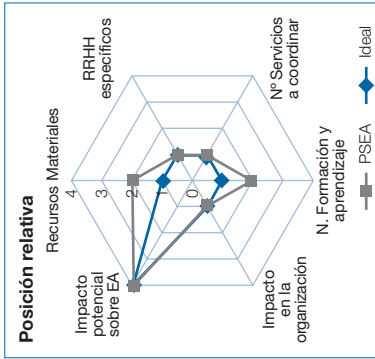
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 20) Métodos efectivos para prevenir infecciones en líneas centrales¹.
- Guía para la prevención de infecciones en líneas centrales².

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Carrito con equipamiento necesario para la colocación de dispositivo en líneas centrales. Gorros, batas esterilizadas, mascarillas y guantes para los profesionales y sábanas protectoras para los pacientes. Clorhexidina: antiséptico para la piel. Dispensadores de jabón. Enfermeras entrenadas.
RRHH específicos necesarios			Hospitalización convencional y materno-infantil. Unidad de cuidados intensivos, Urgencias y Bloque quirúrgico y obstétrico.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Aprendizaje del equipo de enfermeras para la realización de checklist del paciente. Formación de los profesionales involucrados en el proceso de colocación de dispositivos en líneas centrales.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	No supone la implicación de más de dos macro procesos del hospital.
Impacto en la organización		x	

VARIABLE	Impacto	OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++	EAs relacionados con infección nosocomial.

Referencias

1. The National Quality Forum, 2006. 2. Safer Healthcare Now! Campaign, 2006.



5 Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica

Definición

Acciones a ser puestas en práctica para reducir el número de EAs relacionados con la neumonía asociada al uso del ventilador.

País

Canadá

Organización

Safer Healthcare Now! Campaign
(Campaña a escala nacional en Canadá, apoyada además por el Institute for Healthcare Improvement —IHI— de EE.UU.).

Política

- Guía para prevenir la neumonía asociada al uso de ventilador*.
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 19) Acciones a ser tomadas para prevenir la neumonía asociada al uso de ventilador*.

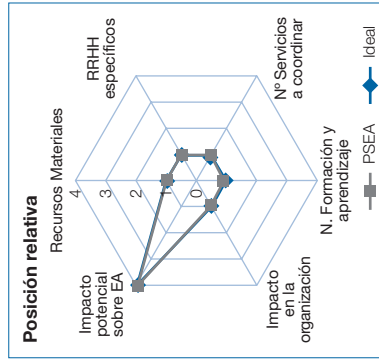
EE.UU.

The National Quality Forum

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material fungible.
RRHH específicos necesarios	x		Enfermeras entrenadas para verificar la inclinación de la cabeza del paciente que hace uso del ventilador.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Hospitalización convencional y materno-infantil y UCI.
Necesidad de formación y aprendizaje	x		Formación del equipo de profesionales de diferentes especializaciones; que deberán ser entrenados en el uso del ventilador.
Impacto en la organización		x	Monitorización del paciente hospitalizado que hace uso del ventilador.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con infección nosocomial.

Referencias

1. Safer Healthcare Now! Campaign, 2006. 2. The National Quality Forum, 2006.



6

Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico

Definición

Acción, dividida en cuatro componentes, para reducir las infecciones en el lugar quirúrgico.

"Estos cuatro componentes son: a) Uso apropiado de los medicamentos. b) Remoción apropiada de pelos (clipping). c) Control post-quirúrgico de glucosa para pacientes que sufrieron cirugía cardíaca. d) Control post-quirúrgico de la temperatura corporal para pacientes que sufrieron cirugía colorrectal."

País

EE.UU.

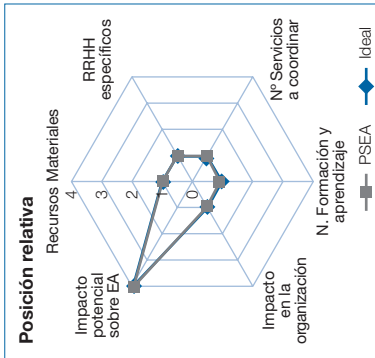
Política

• Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 21) Prevención de infecciones en el lugar quirúrgico¹.

Canadá
Instituto para la mejora en los cuidados de salud

• Guía para prevenir infecciones en el lugar quirúrgico².

VARIABLE	Complej. imp. NA		OBSERVACIÓN
	Bajo	Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Antibióticos, gorras, botas, mantas térmicas y mantas de aire.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales entrenados en los cuatro componentes de cuidado para evitar las infecciones del lugar quirúrgico.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Supone sólo un servicio asistencial a coordinar.
Necesidad de formación y aprendizaje	x		Formación en protocolo de prevención de infecciones en el lugar quirúrgico.
Impacto en la organización		x	Verificación preoperatoria y postoperatoria del paciente.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con infección nosocomial.



Referencias

1. The National Quality Forum, 2006. 2. Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2006.

7

Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones

Definición

Acciones para mejorar la seguridad en todos los procedimientos de limpieza del hospital, asegurando el control de riesgo de infecciones asociadas al uso indebido de materiales, equipos, etc. de limpieza, mediante un sistema de identificación visual simple y claro para todos los profesionales.

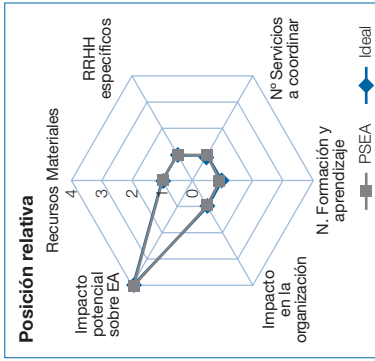
País

Reino Unido

Política

Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente • Notas de práctica segura (N15). Códigos de colores para equipos y materiales de limpieza con el objetivo de prevenir infecciones¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Etiquetas.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales sanitarios entrenados en los códigos de colores utilizados en el hospital.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Limpieza.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Entrenar profesionales en el código de colores utilizado.
Impacto en la organización		x	Limpieza del hospital.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con infección nosocomial.



Referencias

1. National Patient Safety Agency, 2007.

8

Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto

Definición

Acciones para prevenir la realización de procedimientos invasivos en el lugar incorrecto del cuerpo.

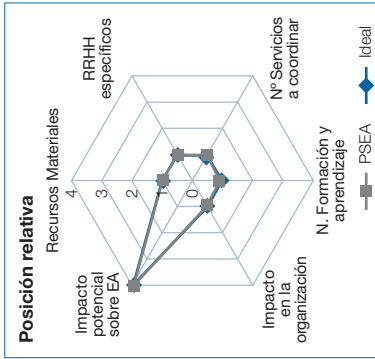
País Organización Política

España OMS
 Centro de Investigación para la Seguridad del Paciente
 • Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 4). Realización de procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto¹.
 • Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 4: Cirugía en el lugar erróneo².

Reino Unido Agencia Nat. de la Seguridad del Paciente
 • Alerta para la seguridad del paciente (A06). Cirugía en el lugar correcto³.

EE.UU. The National Quality Forum
 • Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 25) Implementar protocolo universal para la prevención de lugar, procedimiento y paciente equivocados para todos los procedimientos invasivos⁴.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Rotulador.
RRHH específicos necesarios		x	Necesidad de RRHH adecuados y con conocimientos para facilitar el proceso de cambio.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Admisiones y Bloque quirúrgico y obstétrico.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en el proceso de verificación preoperatoria —verificar si el paciente, el procedimiento y el lugar donde será realizada la cirugía son los correctos—.
Impacto en la organización		x	Admisión de pacientes y verificación preoperatoria del paciente.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++		EAs relacionados con procedimientos e intervención quirúrgica.



Referencias

- OMS, 2007. 2. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. 3. National Patient Safety Agency, 2004. 4. The National Quality Forum, 2006.

Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes

Definición

Acciones, procedimientos y políticas para garantizar un correcto traspaso de informaciones sobre la salud del paciente. El traspaso puede darse entre profesionales, entre profesionales-pacientes, entre profesionales-organización y entre organización-organización.

País

Organización

OMS

EE.UU. The National Quality Forum

Reino Unido Agencia Nat. de la Seguridad del Paciente

Política

- Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 3). Comunicación durante el traspaso de informaciones sobre la salud de los pacientes¹.
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud (PS 2, 4, 8, 9, 11 y 24)².
- Notas de práctica segura (N10) Comunicar al paciente o su cuidador lo ocurrido al paciente durante su tratamiento³ y (N16) Promia identificación de fallos de actuación basados en informes de imágenes radiológicas.

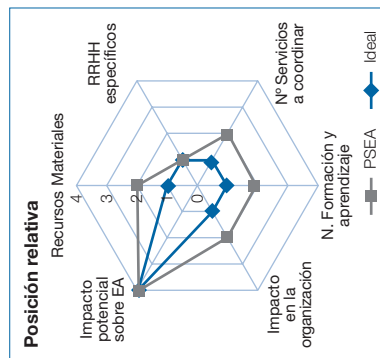
VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Nuevos procesos de traspaso de informaciones que requieren el soporte en TICs (tecnologías de información y comunicación) para asegurar eficacia y trazabilidad.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales sanitarios con formación específica en comunicación efectiva de informaciones sobre el paciente.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Admisiones, Farmacia, Hospitalización convencional y materno infantil, UCI, Urgencias, Diagnósticos y Laboratorios.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en comunicación efectiva durante el traspaso de informaciones sobre los cuidados del paciente. Según los instrumentos que se utilicen (TICs, etc.) requiere formación específica.
Impacto en la organización		x	Admisión y Monitorización de pacientes, Administración de medicamentos y Entrega de resultados de pruebas diagnósticas.

VARIABLE	Impacto	OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++*	EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico, con el diagnóstico o pruebas diagnósticas, con una valoración del estado del paciente, con procedimientos de intervención quirúrgica y otros.

*La PSEA influye sobre diferentes EAs cuyo acumulado de prevalencia y evitabilidad lo sitúan en el tipo más alto del impacto potencial general en la seguridad del paciente.

Referencias

1. OMS, 2007. 2. The National Quality Forum, 2006. 3. National Patient Safety Agency, 2005. 4. National Patient Safety Agency, 2007.



10

Identificación de los pacientes

Definición

Acciones y políticas para la correcta identificación de pacientes y de los procedimientos relacionados con ellos (pruebas diagnósticas, tratamientos, etc.).
 "De acuerdo con la alerta 1 del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica del Paciente, cuando se aplica la tecnología de código de barras en el ámbito del medicamento, se producen reducciones de un 33% en los errores de "fármaco inadecuado", de un 43% en los errores de "momento inadecuado", de un 52% en la "omisión de la dosis", y de un 47% en los errores de transcripción."

País

Organización

Política

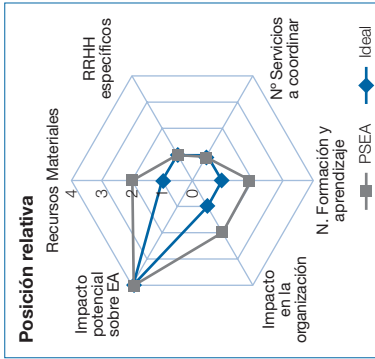
- OMS: Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 2). Identificación del paciente.
- España: Centro de Inv. para la Seguridad del Paciente • Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 1: inadecuada identificación de pacientes*.
- EE.UU.: The National Quality Forum • Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 10) Implementar políticas, procesos y sistemas estandarizados para asegurar el exacto etiquetaje de radiografías, pruebas de laboratorio u otros estudios diagnósticos para que el resultado correcto se entregue al paciente correcto*.
- Reino Unido: Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente • Notas de práctica segura (N11) Identificación y seguridad del paciente a través del uso de brazaletes* y (N14) Paciente cierto.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Brazalete identificativo, sistema tecnológico para la identificación del paciente, lector de códigos de barras.
RRHH específicos necesarios	x		Personal sanitario con formación en correcta identificación del paciente y sus cuidados.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente	x		Servicio asistencial y SSII.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en los procedimientos de identificación, comprobación y verificación del paciente a todos los profesionales y trabajadores con responsabilidad asistencial.
Impacto en la organización		x	Todos los macro procesos clave y de soporte deben garantizar este MPEA.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++*		EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico, con procedimientos e intervención quirúrgica y con el diagnóstico o pruebas diagnósticas.

*La PSEA influye sobre diferentes EAs cuyo acumulado de prevalencia y evitabilidad lo sitúan en el tipo más alto del impacto potencial general en la seguridad del paciente.

Referencias

- OMS, 2007. 2. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. 4. The National Quality Forum, 2006. 3. National Patient Safety Agency, 2005. 5. National Patient Safety Agency, 2006.



Medidas para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos

Definición

Acciones para evitar los errores de conexión de catéteres y tubos mediante la correcta identificación, tanto del tipo de catéter/tubo como de su finalidad y destinatario(s), sistemas de conexión de alta seguridad para evitar fugas y contaminaciones y/o errores de instalación o manipulación.

País

OMS
Reino Unido Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

Organización

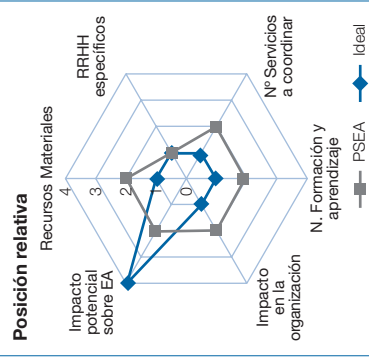
Política
• Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 7). Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos¹.

- Nota de práctica segura (N01) Mejoramiento de la seguridad de los dispositivos de infusión².
- Alerta para la seguridad del paciente (A05). Reduciendo el riesgo causado por tubos naso gástricos conectados inadecuadamente³.
- Alerta para la seguridad del paciente (A09). Reduciendo el riesgo causado por tubos naso gástricos conectados inadecuadamente en bebés en unidades neonatales³.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Nuevos equipamientos cuyo diseño no permite errores de conexión. Etiquetas.
RRHH específicos necesarios	x		Personal con conocimientos técnicos en el uso de tubos y catéteres.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Hospitalización convencional y materno-infantil, y UCI.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en la forma de utilización y los riesgos de conexión inadecuada de tubos y otros dispositivos. Supone formación específica según tipo de catéter/tubo.
Impacto en la organización		x	Implica integración de cada uno de los procesos clave con procesos de soporte como Almacén y logística y SSII (identificación y trazabilidad).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++		EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

1. OMS, 2007. 2. National Patient Safety Agency, 2004. 5. National Patient Safety Agency, 2005.



12

Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión

Definición

Acciones para prevenir el desarrollo de úlceras de presión durante la hospitalización.

País

EE.UU.

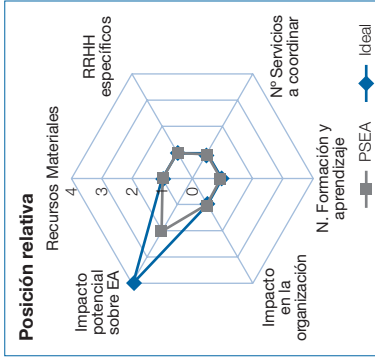
Organización

The National Quality Forum

Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 27) Evaluar cada paciente en el momento del ingreso y con regularidad a partir de entonces, para el riesgo de desarrollar úlceras de presión¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Almohadillas especiales.
RRHH específicos necesarios		x	Enfermeras entrenadas.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Implica en un solo servicio a coordinar
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Educación de equipos de profesionales en la prevención y cuidados de úlcera de presión.
Impacto en la organización		x	Básicamente procesos clave (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		++	EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.



Referencias

1. The National Quality Forum, 2006.

Evaluación del riesgo de tromboembolismo

Definición

Acciones para prevenir el riesgo de desarrollo de tromboembolismo.

"De acuerdo con la publicación de Sater Practices for Better Health Care, tromboembolismo es la tercera causa más común de casos en los hospitales de EE.UU."

País

EE.UU.

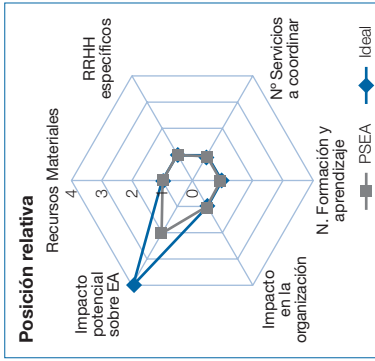
Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 28) Evaluar cada paciente en el momento del ingreso y con regularidad a partir de entonces, para el riesgo de desarrollar tromboembolismo¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Dispositivos para la compresión de las piernas, cabezales de media compresión y medicamentos para la prevención de tromboembolismo.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales con formación técnica específica en prevención de tromboembolismo.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Supone un solo servicio asistencial a coordinar.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en procedimientos generales de actuación.
Impacto en la organización		x	Menor o igual 2 procesos clave (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++		EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

- The National Quality Forum, 2006.



14

Monitorización y supervisión de pacientes tratados con anticoagulantes durante largos períodos

Definición

Acciones para garantizar la seguridad de los pacientes tratados con anticoagulantes.

País

EE.UU.

Organización

The National Quality Forum

Política

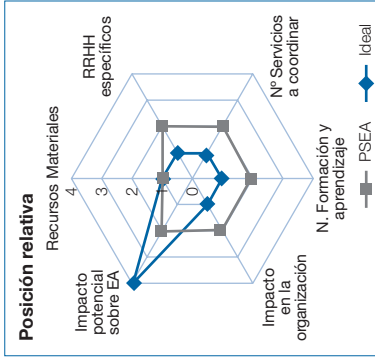
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 29) Monitorizar y supervisar pacientes tratados con anticoagulantes durante tiempo prolongado.
- Alerta para la seguridad del paciente (A16). Acciones que pueden hacer los tratamientos con anticoagulantes más seguros?.

Reino Unido Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Tarjeta de identificación de paciente tratado con anticoagulantes.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales certificados en monitorización de pacientes en terapia con anticoagulantes.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Farmacia, Hematología, Laboratorios y servicio clínico responsable.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación adecuada de los profesionales que cuidan de pacientes en tratamiento con anticoagulantes. Formación en procedimientos y protocolos clínicos que garanticen la seguridad de los tratamientos con anticoagulantes.
Impacto en la organización		x	Macro procesos clave (hospitalización, CCCE) con procesos de soporte: Farmacia, Laboratorio.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		++	EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita

Referencias

1. The National Quality Forum, 2006. 2. National Patient Safety Agency, 2007.



Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas con contraste que pueden inducir fallo renal

Definición

Acciones para evaluar los pacientes que serán sometidos a la realización de pruebas de radiodiagnóstico con contraste con el objetivo de prevenir el riesgo de fallo renal inducido.

País Organización

EE.UU. The National Quality Forum

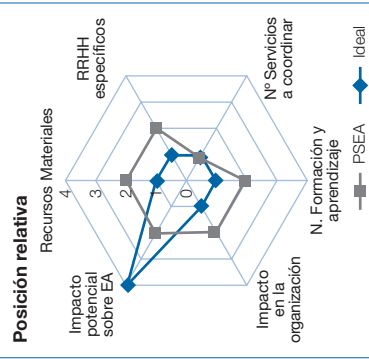
Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 30) Utilización de protocolos de evaluación de pacientes en situación de riesgo que serán sometidos a pruebas de contraste que pueden inducir fallo renal.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Equipamientos electromédicos específicos para la identificación del riesgo de fallo renal.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales entrenados y certificados en administración de pruebas de contraste así como en monitorización y gestión de pacientes a ser sometidos a pruebas de contraste.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Diagnóstico por la imagen.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación y certificación de profesionales que administran, gestionan y monitorizan pacientes que serán sometidos a pruebas de contraste.
Impacto en la organización		x	Afecta básicamente a los procesos clave (asistenciales: hospitalización, urgencias, quirófanos) y de soporte (fundamentalmente radiodiagnóstico y laboratorio clínico).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		++	EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

- The National Quality Forum, 2006.



Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados

Definición

Acciones para asegurar que el paciente terminal reciba el tratamiento que ha elegido fundamentalmente respecto a acciones de reanimación.

País Organización

EE.UU. The National Quality Forum

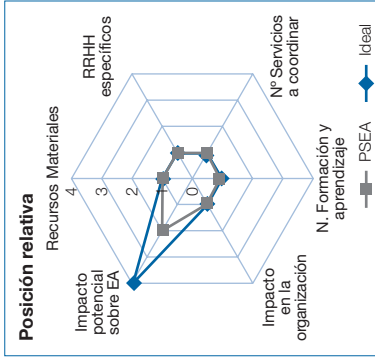
Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 3) Asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material de oficina.
RRHH específicos necesarios		x	Personal sanitario entrenado.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Políticas intrínsecas a servicios como oncología, cuidados paliativos, medicina intensiva, etc. En general no supone la coordinación transversal con otros servicios.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación de profesionales enfocados y conscientes de las preferencias de pacientes en tratamientos terminales.
Impacto en la organización		x	Tratamiento de pacientes en estado terminal
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++		EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

- The National Quality Forum, 2006.



Medidas para asegurar que todos los cuidados a los cuales los pacientes estarán sometidos, estarán realizados por profesionales competentes, entrenados y cuando sea necesario, certificados

Definición

Políticas para asegurar que todos los cuidados a que un paciente será sometido serán realizados por profesionales adecuados.

"De acuerdo con estudio realizado por The National Quality Forum, ocurren al menos 50.000 muertes anualmente que podrían ser evitadas si contar con profesionales certificados en cuidados críticos fuera una práctica corriente en los EE.UU."

País

EE.UU.

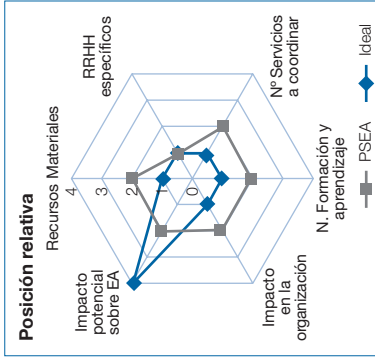
Política

- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 5) Implementar los componentes críticos a nivel de los profesionales de enfermería para reforzar la seguridad del paciente. (PS 6) Asegurar que los cuidados directos efectuados por no enfermeros son adecuados, que el personal es competente y que ellos hayan tenido orientación, formación y educación adecuados para ejecutar las tareas que les fueron asignados. (PS 7) Asegurar que todos los pacientes críticos serán cuidados por profesionales entrenados y certificados en cuidados médicos críticos.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Sistema de información para gestión, adecuación y evaluación del personal.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales propios del hospital cualificados para el trabajo que realizan.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Servicios asistenciales, de soporte a la asistencia y servicios de gestión.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en seguridad del paciente para los profesionales del entorno sanitario no relacionados con el cuidado directo de pacientes; Formación de enfermeras y acreditación de la formación recibida. Certificación de profesionales en cuidados críticos.
Impacto en la organización		x	Supone la coordinación entre macroprocesos de soporte (SSI, gestión de RRHH) y asistenciales (todos los procesos clave).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++		EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

- The National Quality Forum, 2006.



18

Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex

Definición

Acciones dirigidas a reducir los riesgos de reacciones alérgicas especialmente relacionadas con el látex (material presente en los guantes y otros fungibles de uso habitual en el hospital).

País

Reino Unido

Organización

Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

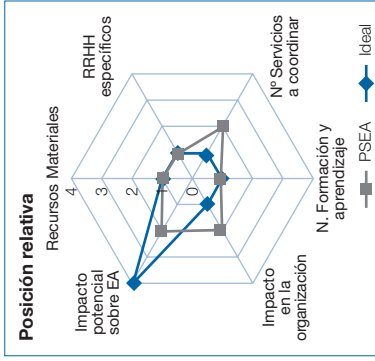
Política

• Información para la seguridad del paciente. (I08) Garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Disponer de alternativas seguras y efectivas a los productos con látex para su uso en los casos detectados.
RRHH específicos necesarios		x	Personal con formación general en identificación y protección de pacientes sensibles al látex.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	CCEE. Bloque quirúrgico y obstétrico, Admisiones, Hospitalización convencional y materno-infantil, UCI y Urgencias.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Profesionales conscientes de, y con acceso a alternativas seguras y efectivas al látex.
Impacto en la organización		x	Monitorización del paciente, verificación preoperatoria y Evaluación del paciente.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		++	EAs relacionados con la monitorización del paciente o cuidados que necesita.

Referencias

1. National Patient Safety Agency, 2005.



Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes

Definición

Acciones sugeridas para disminuir el uso de las sujeciones físicas en pacientes mayores de 65 años o pacientes en hospitalización psiquiátrica infantil, y también para reducir el riesgo de que los pacientes, de modo accidental, resbalen o caigan de la cama

País

Organización
Centro de Investigación para la Seguridad
Clínica de los Pacientes

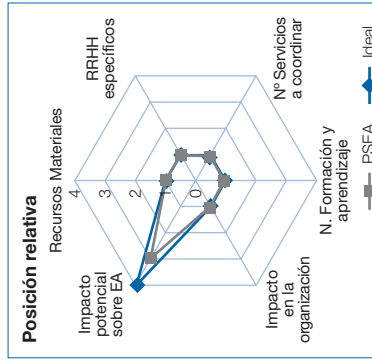
Política

- Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes¹.
- Nota de práctica segura (N17) Utilización de barandillas en las camas de forma efectiva y segura².

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material de contención homologado.
RRHH específicos necesarios		x	Personal entrenado en métodos alternativos a contención física y en el uso seguro de barandillas.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Recomendaciones dirigidas a servicios concretos que no requieren la coordinación con otros para la correcta implicación.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Profesionales bien formados en el uso de las sujeciones físicas y en la identificación de factores de riesgo del paciente. Formación de profesionales que toman decisiones sobre barandillas para las camas, de profesionales que compran, almacenan, atan o mantienen barandillas y de profesionales responsables por cuidar de pacientes que hacen uso de las barandillas en las camas.
Impacto en la organización		x	Implica en 2 o menos macro procesos dentro del hospital.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+++		EAs relacionados con la monitorización del paciente o los cuidados que necesita, con medicamentos o balance hídrico y con Otros (caída casual de paciente vulnerable).

Referencias

1. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. 2. National Patient Safety Agency, 2007.



Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión

Definición

Acciones dirigidas para reducir los errores de mediación originados por el suministro incorrecto de medicamentos de aspectos o nombres parecidos. El suministro incorrecto puede ser debido a similitudes en el nombre o presentación comercial.

País

Organización

OMS
Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos

Reino Unido
Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos
Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

Canadá
Instituto para la mejora en los cuidados de salud

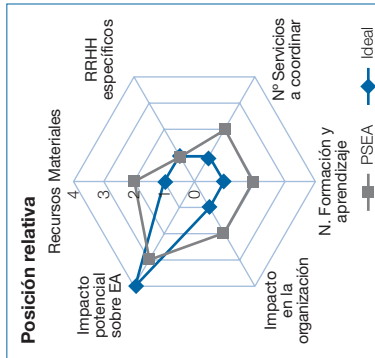
Política

- Soluciones para la seguridad del paciente. (Solución 1) Medicamentos que suenan o tienen nombres parecidos¹.
- Relación de nombres de medicamentos que se prestan a confusión y boletines con recomendaciones desde el año 2000².
- Lista de medicamentos que se prestan a confusión³. Nuevas recomendaciones para mejorar la seguridad y disminuir la incidencia de errores de medicación⁴.
- Guía para la prevención de efectos adversos relacionados con medicamentos⁵.

VARIABLE	Complej. imp. NA	Bajo/Alto	OBSERVACIÓN
Recursos materiales necesarios		x	Implementación de sistemas tecnológicos para efectuar la prescripción y dispensación de medicamentos. Sitios especiales para el almacenaje de medicamentos que generan problemas al ser suministrados.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales con conocimiento específico en medicamentos de aspectos o nombres que se prestan a confusión.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Farmacia y equipos de enfermería en los diferentes servicios asistenciales.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación de los farmacéuticos en el proceso de revisar especialmente junto con los pacientes la medicación prescrita, dosis, indicación y apariencia esperada del medicamento. Nuevos métodos de prescripción y administración de medicamentos.
Impacto en la organización		x	Afecta procesos globales de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.
VARIABLE	Impacto	OBSERVACIÓN	
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	++++	EAs relacionados con medicación o balance hidrico.	

Referencias

1. OMS, 2007. 2. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. 3. Institute for Safe Medication Practices. 4. National Patient Safety Agency, 2007. 5. Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007.



Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)

Definición

Acciones para asegurar una correcta prescripción y administración de medicamentos.

"De acuerdo con la OMS se estima que, sólo en EE.UU., los errores relacionados con la medicación afectan aproximadamente a 1,5 millones de personas y llegan a costar la vida a muchos otros miles todos los años."

País

OMS

Organización

The National Quality Forum

• Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 6). Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales¹.

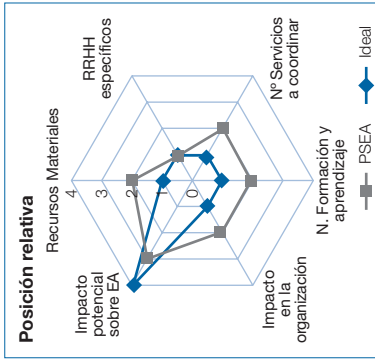
• Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 12) Implantar un sistema automatizado de prescripción². (PS 13) Definir una lista de siglas, acrónimos, símbolos y designaciones de dosificación que transmitan claramente el mensaje "No usar" en el ámbito de la organización². (PS 14) Los servicios de atención sanitaria deben desarrollar, mantener y comunicar una lista precisa de medicamentos para cada paciente durante la continuidad de sus cuidados². (PS15) Participación activa de los farmacéuticos².

España Centro de Investigación para la Seguridad Clínica del Paciente Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 7: Administración segura de medicamentos³.

VARIABLE	Complej. imp. NA		OBSERVACIÓN
	Bajo	Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Registros médicos electrónicos y soporte tecnológico.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales con formación técnica específica en comparación de medicamentos existentes en la lista de medicamentos del paciente.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Admisiones, Farmacia; CCEE. Hospitalización convencional y materno-infantil.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en procedimientos de comparación de distintos medicamentos existentes en la lista del paciente, para que sea posible identificar omisiones, duplicaciones o inconsistencias en los medicamentos prescritos.
Impacto en la organización		x	Admisión de paciente. Transferencia de paciente a otro hospital. Alta hospitalaria, Prescripción y administración de medicamentos.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+++		EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico.

Referencias

1. OMS, 2007. 2. The National Quality Forum, 2006. 3. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes.



Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos

Definición

Recomendaciones para incrementar la seguridad en el uso de los medicamentos de alto riesgo.

País

Organización

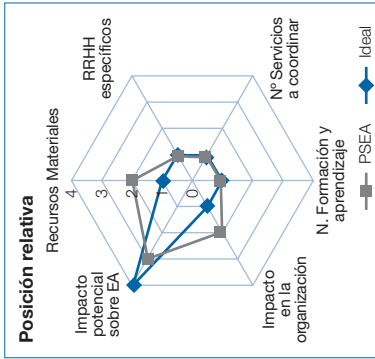
Política

- Soluciones para la seguridad del paciente (Solución 5). Control de las soluciones concentradas de electrolitos¹.
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 17) Identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para minimizar los riesgos asociados con el uso de estos medicamentos y (PS 18) Distribuir medicamentos en unidades².
- Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 3: Riesgo del potasio intravenoso y Alerta N. 8: Medicamentos de alto riesgo³.
- Nota de práctica segura (N12) Asegurar prácticas seguras con ampollas de altas dosis de morfina y diamorfina⁴. Alerta para la seguridad del paciente (A13). Mejoramiento de guías de cumplimiento para el uso oral de METHOTREXATE⁴.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Sistemas de alerta informatizados, construcción de locales especiales para el almacenaje de medicamento de alto riesgo. Dispensadores de medicamentos en unidades.
RRHH específicos necesarios	x		Equipo formado y responsable de las revisiones regulares de las alertas para los medicamentos de alto riesgo.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Servicios de farmacia.
Necesidad de formación y aprendizaje	x		Formación en las políticas, protocolos y procedimientos en el uso de medicamentos de alto riesgo.
Impacto en la organización		x	Prescripción, dispensación y administración de medicamentos: Coordinación entre procesos asistenciales y de farmacia (controlados mayoritariamente por enfermeras).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+++		EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico.

Referencias

1. OMS, 2007. 2. The National Quality Forum, 2006. 3. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. 4. National Patient Safety Agency, 2006.



Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos

Definición

Acciones y cuidados para prevenir el infarto agudo de miocardio durante o inmediatamente después de una cirugía, basado en los componentes de cuidado de infarto agudo de miocardio.

País

Canadá

Organización

Instituto para la mejora en los cuidados de salud

Política

- Guía para mejorar los cuidados del infarto agudo de miocardio¹.
- Prácticas seguras para mejorar la atención a la salud. (PS 26) Evaluar a cada paciente que va a ser sometido a cirugía electiva, del riesgo de isquemia aguda o evento cardíaco y realizar tratamiento profiláctico con beta-bloqueadores².

EE.UU.

The National Quality Forum

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material fungible.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales con formación técnica específica en evaluación de pacientes.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Urgencias, Hospitalización convencional y materno-infantil, Bloque quirúrgico, UCI y hospital de día.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación de los profesionales en los siete componentes de cuidado del infarto agudo de miocardio.
Impacto en la organización		x	Afecta procesos internos (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.) pero no la interacción con procesos de soporte.

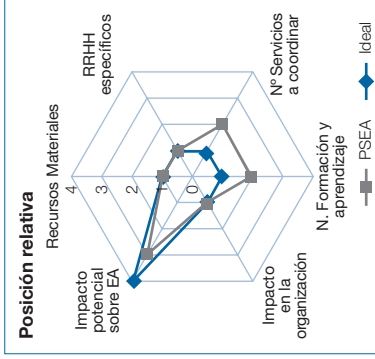
VARIABLE

Impacto

+++

OBSERVACIÓN

EAs relacionados con procedimientos e intervención quirúrgica.



Referencias

1. Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007. 2. The National Quality Forum, 2006.

24

Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales

Definición

Acciones para prevenir errores de medicación durante la administración intravenosa de medicamentos líquidos.

País

Organización

Política

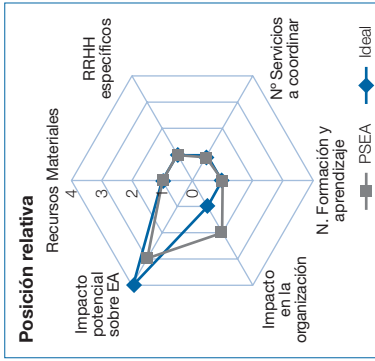
Reino Unido - Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

- Alerta para la seguridad del paciente (A19). Promover medidas de seguridad y administración de medicamentos por vía oral u otras vías enterales¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Jeringuillas para uso oral/enteral, etiquetas para la identificación de sistemas de alimentación enterales.
RRHH específicos necesarios		x	Personal sanitario entrenado en administración de medicamentos.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Coordinación bidireccional entre farmacia y cada uno de los servicios asistenciales.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación de profesionales en las políticas para el uso seguro de los dispositivos para administración de medicamentos líquidos.
Impacto en la organización		x	Administración de medicamentos: afecta a todos los procesos clave (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.) y su interacción con farmacia.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		+++	EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico.

Referencias

1. National Patient Safety Agency, 2007.



Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa

Definición

Acciones que optimizan la regularidad en el uso de medicamentos inyectables y/o endovenosos.

País Organización Política

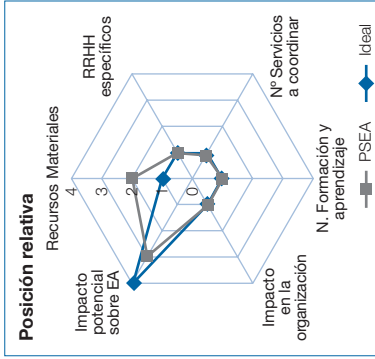
Reino Unido Agencia Nal. de la Seguridad del Paciente

- Alerta para la seguridad del paciente. (A20); Promoción del uso seguro de medicamentos inyectables'. (A21); Prácticas seguras con inyecciones e infusiones epidurales'. (A22); Reduciendo el riesgo de hiponatremia cuando se administran infusiones intravenosas en niños'.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Productos inyectables listos para uso o listos para administración. .Bombas de infusión y conductores de jeringuilla.
RRHH específicos necesarios		x	Personal con conocimientos técnicos en medicamentos inyectables.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Coordinación bidireccional entre farmacia y cada uno de los servicios asistenciales.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación de todos los profesionales involucrados en prescripción, administración, preparación y monitorización de medicamentos inyectables.
Impacto en la organización		x	Afecta a todos los procesos clave (hospitalización, bloque quirúrgico, etc.) y su interacción con farmacia.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		+++	EAs relacionados con medicamentos o balance hídrico.

Referencias

1. National Patient Safety Agency, 2007.



Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo

Definición

Acciones dirigidas a asegurar un correcto diagnóstico de los pacientes que hayan sufrido algún tipo de lesión traumática.
 "Estudios en este campo describen tasas de lesiones no diagnosticadas de alto nivel de severidad alrededor del 15%."

País

España

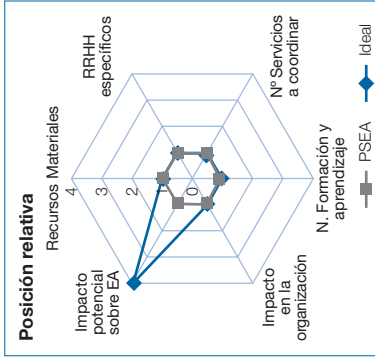
Organización

Centro de investigación para la Seguridad del Paciente

Política

• Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 2: paciente con traumatismo infravalorado en Urgencias.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo/ Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Material fungible.
RRHH específicos necesarios		x	Profesionales entrenados en evaluación del paciente con traumatismo.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Fundamentalmente el servicio de urgencias.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Formación en mecanismos y escalas de valoración traumática.
Impacto en la organización		x	Procesos de urgencias bidireccionales en procesos de soporte (generalmente 1 a 1).
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)		+	EAs relacionados con una valoración del estado general del paciente.



Referencias

1. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes.

Medidas para la prevención de suicidios en pacientes hospitalizados

Definición

Estrategias para minimizar el riesgo de suicidios en pacientes hospitalizados.

País

España

Organización

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica del Paciente

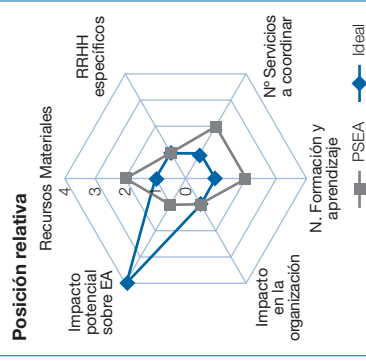
Política

- Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N. 6: Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados¹.

VARIABLE	Complej. imp.		OBSERVACIÓN
	NA	Bajo Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Sistemas de monitorización, mecanismos periódicos de revisión de elementos estructurales rompibles. Ventanas de apertura limitada, puertas especiales que no pueden ser cerradas por los pacientes, objetos irrompibles en las habitaciones, mobiliario sólido, habitaciones especiales para pacientes con riesgo de suicidio.
RRHH específicos necesarios	x		Personal sanitario entrenado en identificación de pacientes en riesgo de suicidio.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Hospitalización convencional y materno infantil e interacción puntual con psiquiatría.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Orientación y formación sobre la identificación de pacientes en riesgo de suicidio y las estrategias de minimización del riesgo.
Impacto en la organización		x	Monitorización y evaluación del paciente hospitalizado. Fundamentalmente afecta sólo el macro proceso de hospitalización.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+		EAs relacionados con una evaluación del estado general del paciente.

Referencias

- Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes.



Equipos de respuesta rápida para cuidados de pacientes en estado crítico

Definición

Acciones para reducir el riesgo de eventos adversos en pacientes en estado crítico.
 "Numerosos estudios" respaldan la efectividad de los equipos de respuesta rápida en la reducción de la mortalidad y de eventos adversos."

País

Canadá
 Instituto para la mejora en los cuidados de salud

Política

- Guía para los equipos de respuesta rápida¹.
- Alerta para la seguridad del paciente (A02). Establecimiento de un único número de teléfono para la comunicación entre los profesionales y la centralita².

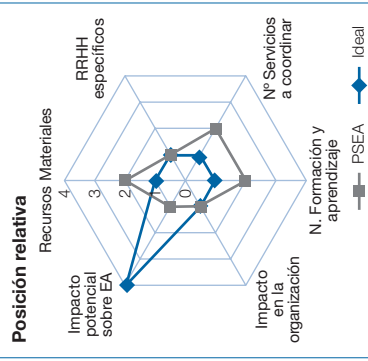
Reino Unido
 Agencia Nat. de la Seguridad del Paciente

¹ Buiet MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: Preliminary Study. Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. Goldhill DR, Worthington L, Mulcahy A, Taring M, Sumner A. The patient-at-risk team: Identifying and managing seriously ill ward patients. Anesthesia.

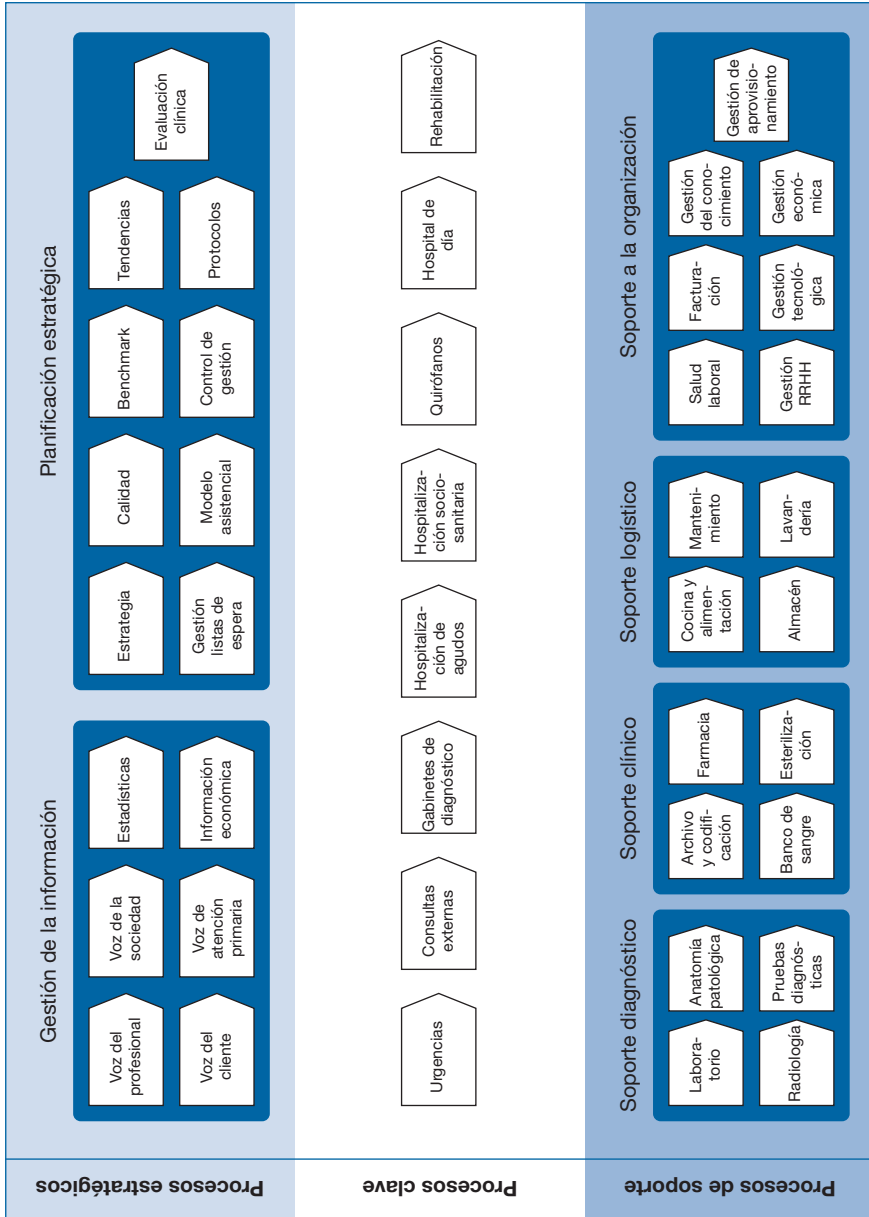
VARIABLE	Complej. imp. NA		OBSERVACIÓN
	Bajo	Alto	
Recursos materiales necesarios		x	Sistema de número único para contactar los equipos, call center.
RRHH específicos necesarios	x		Profesionales especializados en medicina de urgencias.
Nº Servicios Asistenciales a coordinar necesariamente		x	Urgencias, Servicios diagnósticos, Servicios clínicos del hospital, call center y UCI.
Necesidad de formación y aprendizaje		x	Educar profesionales sobre los beneficios de los equipos de respuesta rápida. Formación conjunta de todos los miembros del equipo de respuesta rápida. Formación del equipo de enfermeras en criterios y procedimientos sobre cómo contactar y notificar los equipos de respuesta rápida y sobre cómo hacer el traspaso de informaciones para el equipo.
Impacto en la organización		x	La interacción entre macro procesos es bidireccional (2 macro procesos), el que solicita y el equipo de respuesta rápida.
VARIABLE	Impacto		OBSERVACIÓN
Impacto Potencial (General en la seguridad del paciente)	+		EAs relacionados con una valoración del estado general del paciente.

Referencias

1. Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2006. 2. National Patient Safety Agency, 2004.



VI.4. Anexo 4. Mapa IDEF de macroprocesos de un hospital tipo



VI.5. Anexo 5. Panel de expertos participantes en la jornada de reflexión

Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE)		
ENTIDAD	PARTICIPANTE Y CARGO	LUGAR DE TRABAJO
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)	Dña. Alicia Robas Gómez Supervisora UCI	Hospital Provincial de Toledo
Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)	Dña. Carmen Duque del Río Enfermera Asistencial	Unidad de Urgencias del Hospital General del H.U. 12 de Octubre
Asociación Española de Enfermería Pediátrica	Dña. Ana Pedraza Anguera Enfermera Asistencial	Cap Llibertat Reus
Sociedad Española de Enfermería Neonatal	Dña. María García Franco Enfermera Asistencial	Hospital de Cruces
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)		
ENTIDAD	PARTICIPANTE Y CARGO	LUGAR DE TRABAJO
Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAM)	Dña. Carmen Ferrer Arnedo Directora de Enfermería	Gerencia de Atención Primaria Área 3
Sociedades Científicas		
ENTIDAD	PARTICIPANTE Y CARGO	LUGAR DE TRABAJO
Sociedad Española de medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)	Dr. Santiago Tomás Vecina Jefe de Urgencias	Hospital Mutua de Terrasa
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)	Dra. Nuria Fernández de Cano Martín Coordinadora del grupo de trabajo farmacoeconomía y uso racional del medicamento	Centro Salud Daroca, Área 4
Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)	Dr. Lorenzo Alonso Carrión Fac. Especialista en Oncología Médica	Hospital Clínico de Málaga
Sociedad Española de Neurología	Dra. M ^a Teresa Villa Gazulla Subdirectora Médico de Calidad	Hospital Miguel Servet
Sociedad Española de Neurología	Dr. Jesús Martín Martínez Pte. Comisión de Mortalidad y Riesgos	Hospital Miguel Servet
Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)	Dra. M ^a Angeles López Franco Jefa de Departamento	Fundación Jiménez Díaz
Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)	Dr. Ignacio Marín Fac. Especialista en Medicina Interna	Hospital Universitario Valme
Asociación Española de Cirujanos	Dr. José Ignacio Landa García Cirujano General y Aparato Digestivo	Hospital 12 de Octubre
Asociación Española de Cirujanos	Dr. Héctor Ortiz Hurtado Jefe de Servicio Cirugía	Hospital Virgen del Camino
Sociedad Española de Psiquiatría	Dr. Fernando Cañas Jefe de Servicio Psiquiatría	Hospital Dr. R. Lafora
Sociedad Española de Cardiología (SEC)	Dr. Chorro Vicepresidente SEC	Hospital Clínico Universitario. Servicio de Cardiología
Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)	Dr. Francisco Forriol Campos Jefe de Investigación	Hospital FREMAP
Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)	Dra. Ana Mañas Presidenta SEOR	Jefe de Servicio OncoRT Hospital La Paz
Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)	Dr. Joaquín Álvarez Jefe de Servicio de UCI	Hospital de Fuenlabrada
Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene	Dra. Cristina Sanz Sebastián Médico Adjunto Servicio Medicina Preventiva	Hospital La Princesa
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria	Dra. Montserrat Pérez Encinas Jefa Servicio Farmacia Hospitalaria	Fundación Hospital Alcorcón

VI.6. Anexo 6. Referencias

1. OMS. *Look-Alike, Sound-Alike Medication Names*. Patient Safety Solutions, Solution 1, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution1.pdf>
2. OMS. *Patient Identification*. Patient Safety Solutions, Solution 2, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution2.pdf>
3. OMS. *Communication During Patient Hand-Overs*. Patient Safety Solutions, Solution 3, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution3.pdf>
4. OMS. *Performance of Correct Procedure at Correct Body Site*. Patient Safety Solutions, Solution 4, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution4.pdf>
5. OMS. *Control of Concentrated Electrolyte Solutions*. Patient Safety Solutions, Solution 5, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution5.pdf>
6. OMS. *Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*. Patient Safety Solutions, Solution 6, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution6.pdf>
7. OMS. *Avoiding Catheter and Tubing Mis-Connections*. Patient Safety Solutions, Solution 7, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution7.pdf>
8. OMS. *Single Use of Injection Devices*. Patient Safety Solutions, Solution 8, Vo 1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution8.pdf>
9. OMS. *Improved Hand Hygiene to Prevent Health Care-Associated Infections*. Patient Safety Solutions, Solution 9, Vo1, mayo 2007.
<http://www.jcipatientsafety.org/fpdf/Presskit/PS-Solution9.pdf>
10. National Patient Safety Agency. *Improving infusion device safety*. Safer Practice Notice, Notice 01, Issue 1, 20 mayo 2004.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/526_npsa_saferpractice_01.pdf
11. National Patient Safety Agency. *Establishing a standard crash call telephone number in hospitals*. Patient Safety Alert, Alert 02, 24 febrero 2004.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/344_crashcall.pdf
12. National Patient Safety Agency. *Clean hands help to save lives*. Patient Safety Alert, Alert 04, 2 septiembre 2004.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/644_cyh_alert.pdf
13. National Patient Safety Agency. *Reducing the harm caused by misplaced nasogastric feeding tubes*. Patient Safety Alert, Alert 05, 21 febrero 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/856_Alert-FinalWeb.pdf

14. National Patient Safety Agency. Correct site surgery. Patient Safety Alert, Alert 06, 2 marzo 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/883_CSS%20PSA06%20FINAL.pdf
15. National Patient Safety Agency. Protecting people with allergy associated with latex. Patient Safety Information, Information 08, Issue 08, 26 mayo 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1079_Patient%20safety%20information.pdf
16. National Patient Safety Agency. Reducing the harm caused by misplaced naso and orogastric feeding tubes in babies under the care of neonatal units. Patient Safety Alert, Alert 09, 18 agosto 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1296_PatientSafetyAlert.pdf
17. National Patient Safety Agency. Being open when patients are harmed. Safer Practice Notice, Notice 10, 15 septiembre 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1314_SaferPracticeNotice.pdf
18. National Patient Safety Agency. Wristbands for hospital inpatients improve safety. Safer Practice Notice, Notice 11, 22 septiembre 2005.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1440_Safer_Patient_Identification_SPN.pdf
19. National Patient Safety Agency. Ensuring safer practice with high dose ampoules of diamorphine and morphine. Safer Practice Notice Notice, Notice 12, 25 mayo 2006.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1790_Diomorphine_PB.pdf
20. National Patient Safety Agency. Improving compliance with oral methotrexate guidelines. Patient Safety Alert, Alert 13, 1 junio 2006.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1808_Alert.pdf
21. National Patient Safety Agency. Righ patient, right blood. Safer Practice Notice, Notice 14, 9 november 2006.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2009_0316FEB06_V20_WEB.pdf
22. National Patient Safety Agency. Colour coding hospital cleaning materials and equipment. Safer Practice Notice, Notice 15, 10 enero 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2140_0429colourcodingsp1D2F4.pdf
23. National Patient Safety Agency. Early identification of failure to act on radiological imaging reports. Safer Practice Notice, Notice 16, 5 febrero 2007
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2294_0472_x-ray_SPN.pdf
24. National Patient Safety Agency. Using bedrails safely and effectively. Safer Practice Notice, Notice 17, 26 febrero 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2537_0462_Bedrails_Safer_Practice_Notice.pdf

25. National Patient Safety Agency. Action that can make anticoagulant therapy safer. Patient Safety Alert, Alert 18, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2436_Anticoag_alert_FINAL.pdf
26. National Patient Safety Agency. Promoting safer measurement and administration of liquid medicines via oral and other enteral routes. Patient Safety Alert, Alert 19, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2463_Oral_Liquid_Medicines_PSA_FINAL.pdf
27. National Patient Safety Agency. Promoting safer use of injectable medicines. Patient Safety Alert, Alert 20, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2602_0434_injectables_meds_alert_v20.pdf
28. National Patient Safety Agency. Safer practice with epidural injections and infusions. Patient Safety Alert, Alert 21, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2462_Epidural_alert_FINAL.pdf
29. National Patient Safety Agency. Reducing the risk of hyponatraemia when administering intravenous infusions to children. Patient Safety Alert, Alert 22, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2449_PaediatricInfusions-PSAFINAL.pdf
30. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Inadecuada Identificación de Pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 1.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%201%20Identificación%20pacientes.PDF>
31. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Paciente con traumatismo infravalorado en la urgencia. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 2.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%202%20Trauma.PDF>
32. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Riesgo del potasio intravenoso. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 3.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%203%20Potasio.PDF>
33. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Cirugía en el lugar erróneo. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 4.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%204%20Cirugia02.pdf>
34. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 5.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%205%20Inmovilizacion01.pdf>

35. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 6.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%206%20Prevención%20Suicidio01.pdf>
36. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Administración segura de medicamentos. Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 7.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%207%20Recomendaciones%20admin%20medicación.pdf>
37. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Medicamentos de alto riesgo (I). Alerta de seguridad en atención sanitaria, Alerta 8.
<http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%208%20Medicación%20alto%20riesgo.pdf>
38. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Medication Reconciliation Prevention of Adverse Drug Events. Safer Healthcare Now Campaign, marzo 2007.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1145>
39. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Prevent Surgical Site Infections How-to-Guide. Safer Healthcare Now Campaign, marzo 2007.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1105>
40. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Prevent Central Line Infections How-to-Guide. Safer Healthcare Now Campaign, 24 febrero 2006.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1148>
41. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Prevent Improved Care for Acute Myocardial Infarction How-to-Guide. Safer Healthcare Now Campaign, marzo 2007.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1103>
42. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Rapid Response Teams How-to-Guide. Safer Healthcare Now Campaign, 4 enero 2006.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1149>
43. Institute for Healthcare Improvement (IHI). Getting Started Kit: Prevent Ventilator-Associated Pneumonia How-to-Guide. Safer Healthcare Now Campaign, 24 febrero 2006.
<http://www.saferhealthcarenow.ca/ViewResource.aspx?resourceId=1150>
44. The National Quality Forum. Safety Practices for better healthcare: 2005-2006 Update. 2007.
http://www.qualityforum.org/pdf/projects/safe-practices/safe_practices.pdf

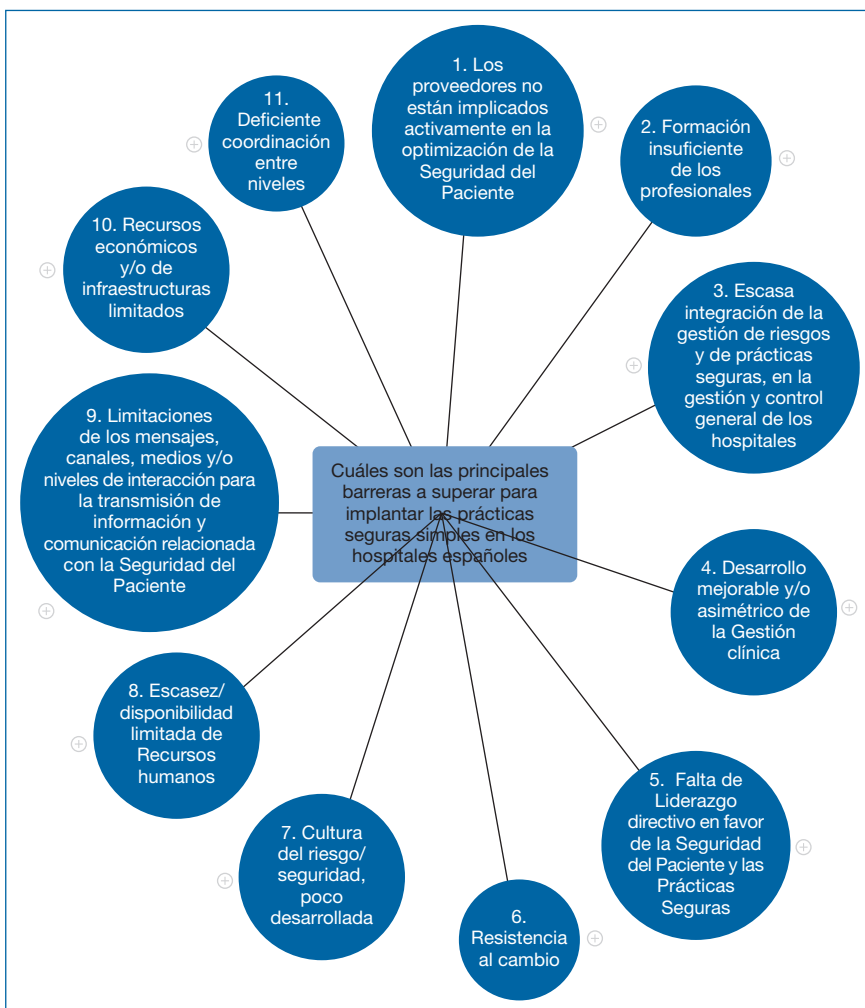
45. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Seguridad del Paciente, Informe, febrero 2006.
46. Danville Regional Health System. Reducing Medication Errors Through Technology and Process Change. 4 agosto 2003.
http://www.himss.org/content/files/proceedings/2003/Sessions/session131_slides.pdf
47. Health Canada. Infection Control Guidelines Hand Washing, Cleaning, Disinfection and Sterelization in Health Care. Canada Communicable Disease Report, Vo24SB, diciembre 1998.
<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8e.pdf>
48. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Vigilancia, Prevención y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Situación actual y perspectivas. Informe de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
http://www.mpsp.org/mpsp/Documentos/inf_nosoc/inf_nos.htm
49. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Relación de nombres de medicamentos que se prestan a confusión.
<http://www.ismp-espana.org/ficheros/relaciondenombres.pdf>
50. Institute for Safe Medication Practices. Confused Drug Name List.
<http://www.ismp.org/Tools/confuseddrugnames.pdf>
51. National Patient Safety Agency. Safety in doses: improving the use of medicines in the NHS. Safe Medication Practice Work Programme, 28 marzo 2007.
http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/2510_Safety_in_doses_WEB.pdf

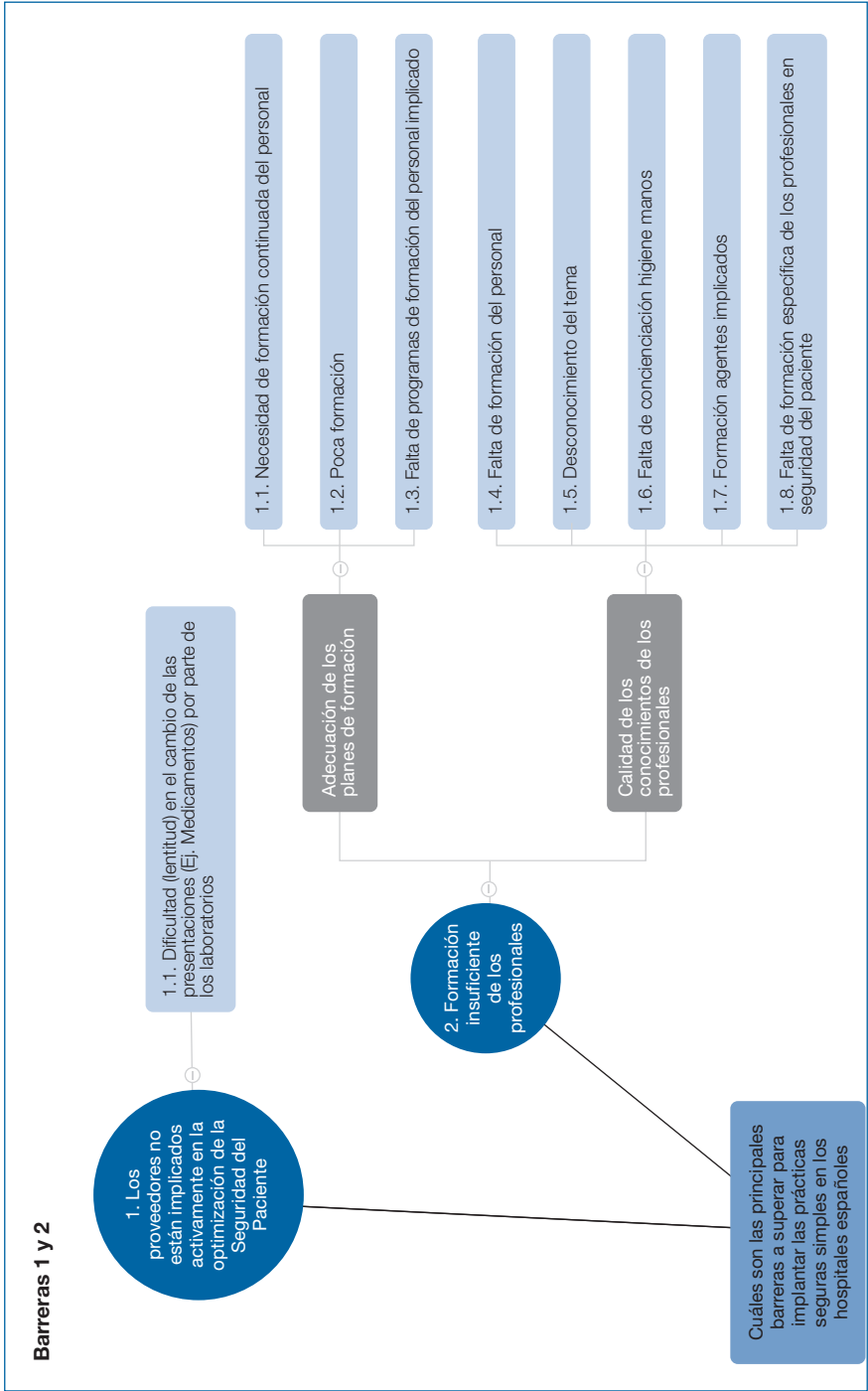
VI.7. Anexo 7. Sitios web

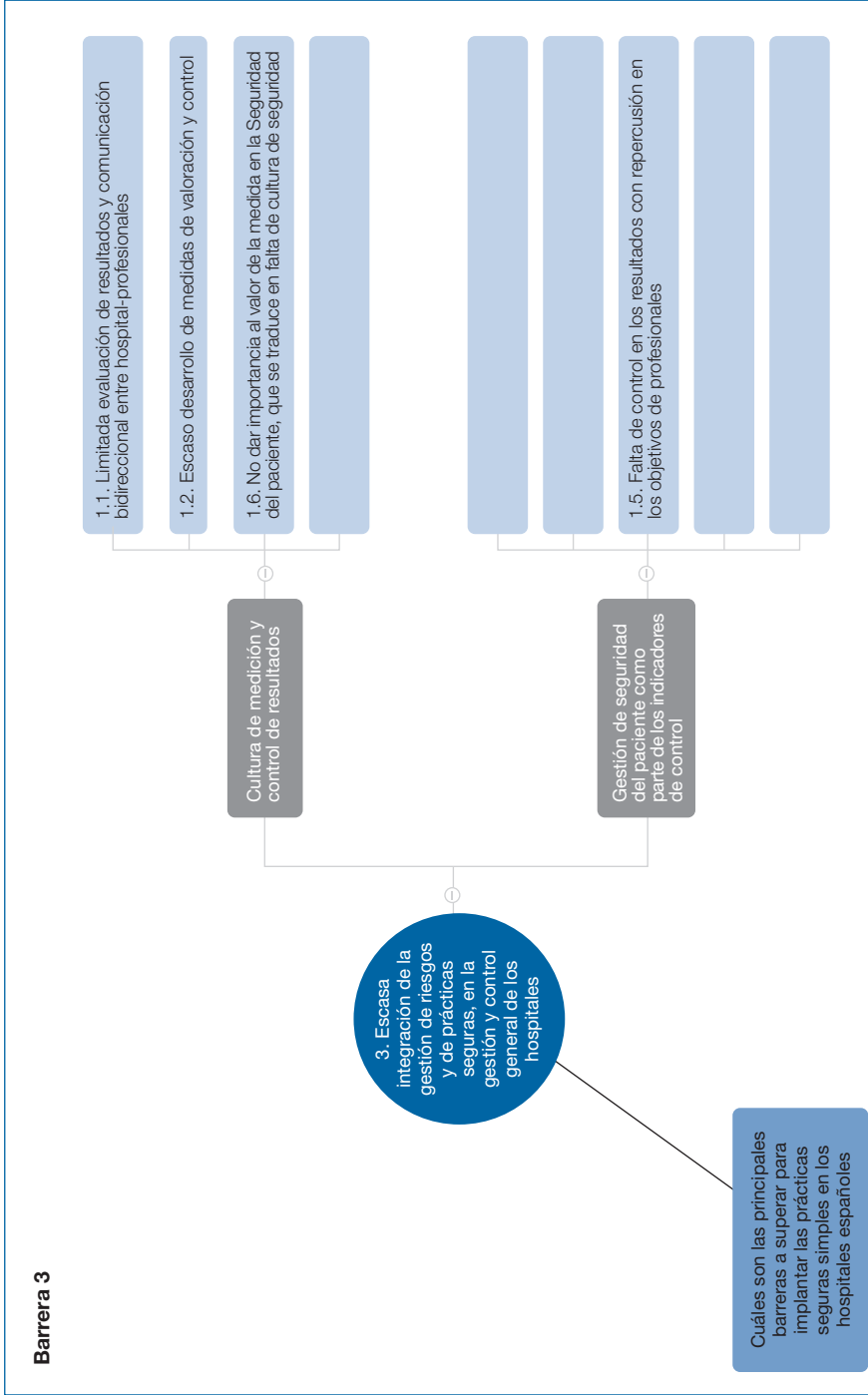
52. <http://www.ismp.org> (Institute for Safe Medication Practices)
53. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/index.html> (Canadian patient safety Institute) (Canadá)
54. <http://www.saferhealthcarenow.ca/Default.aspx> (Safer healthcare now) (Canadá)
55. <http://www.jointcommission.org/> (The Joint Commission) (EEUU)
56. <http://www.npsa.nhs.uk/health/links> (National Patient Safety Agency) (Reino Unido)
57. <http://www.ahrq.gov> (Agency for Healthcare Research and Quality)
58. <http://www.sst.dk/> (Health Care in Denmark) (Dinamarca)
59. <http://www.sundhedsstyrelsen.dk/default.aspx?lang=en> (National Board of health) (Dinamarca)
60. <http://www.im.dk/im/site.aspx?p=34> (Danish: Minister for the Interior and Health) (Dinamarca)
61. <http://www.patientsikkerhed.dk/admin/media/pdf/45d8a2ddd6d935537b8819cf696d2ab9.pdf> (Dinamarca)
62. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061/m/header> (Ministry of health and social affairs Sweden) (Suecia)
63. http://www.minvws.nl/images/quiker-better_tcm20-108144.pdf (Holanda)
64. <http://www.snellerbeter.nl/index.php?english> (Holanda)
65. <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/> Making Health Care Safer A Critical Analysis of Patient Safety Practices (EEUU)

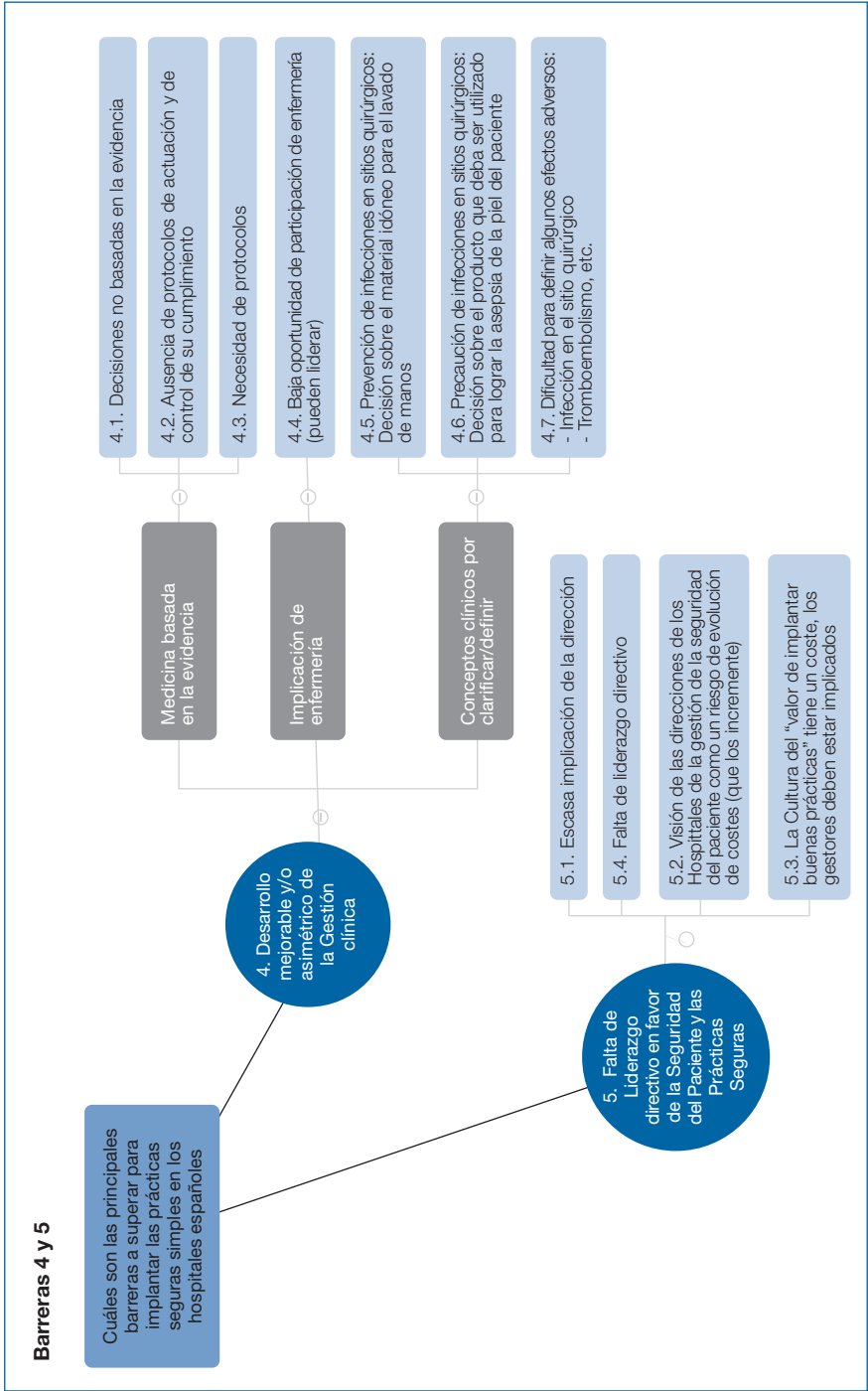
VI.8. Anexo 8. Resultados detallados del Metaplán®

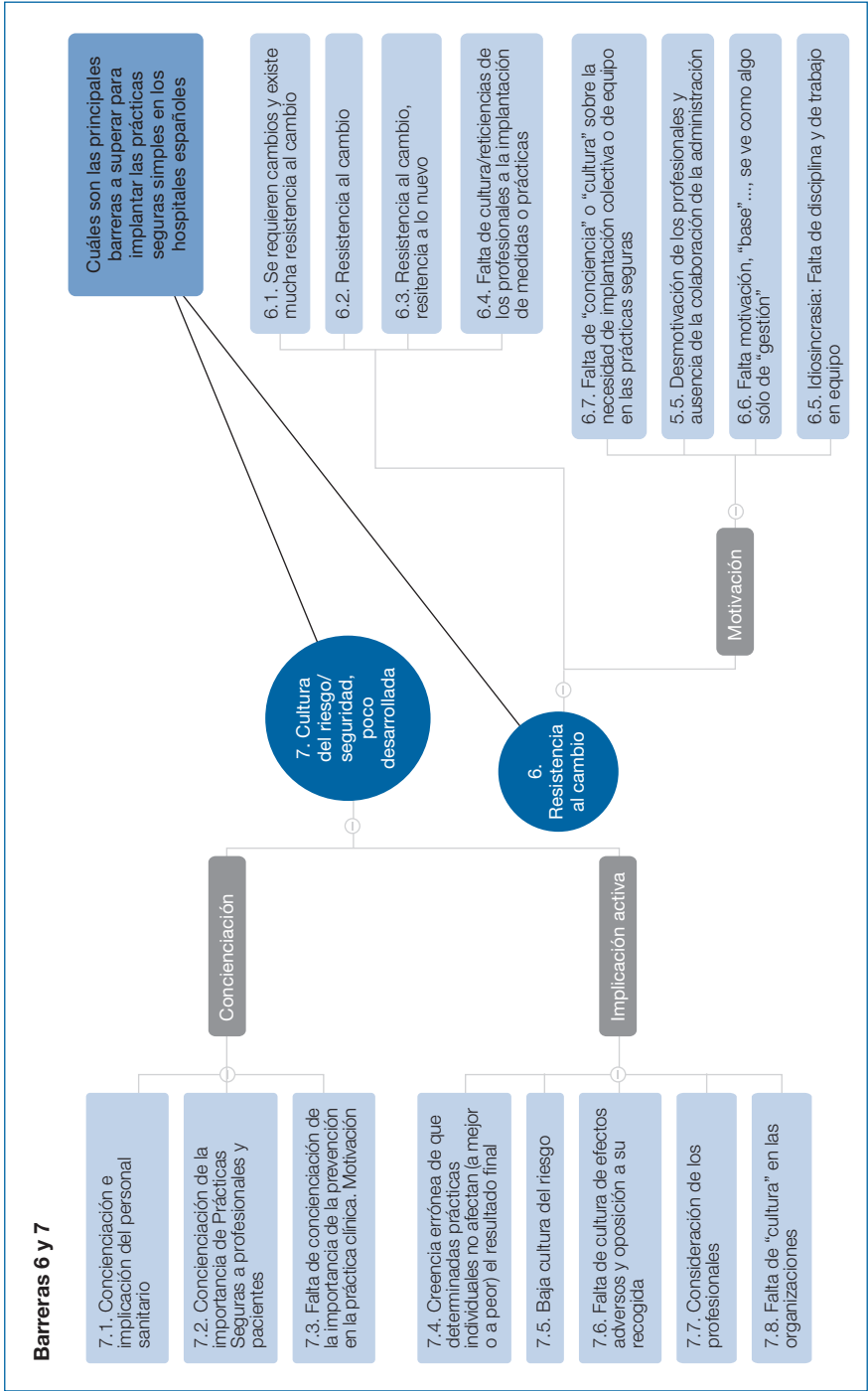
- El metaplán realizado permitió identificar 11 barreras principales.
- Cada una de estas barreras es la síntesis de la agrupación de las 60 ideas específicas que aportaron los participantes en tarjetas.
- A continuación se presentan a modo de acta de los resultados, la relación de las diferentes tarjetas (cuadros azul claro) presentando visualmente su agrupación en cada una de las 11 barreras identificadas y validadas.

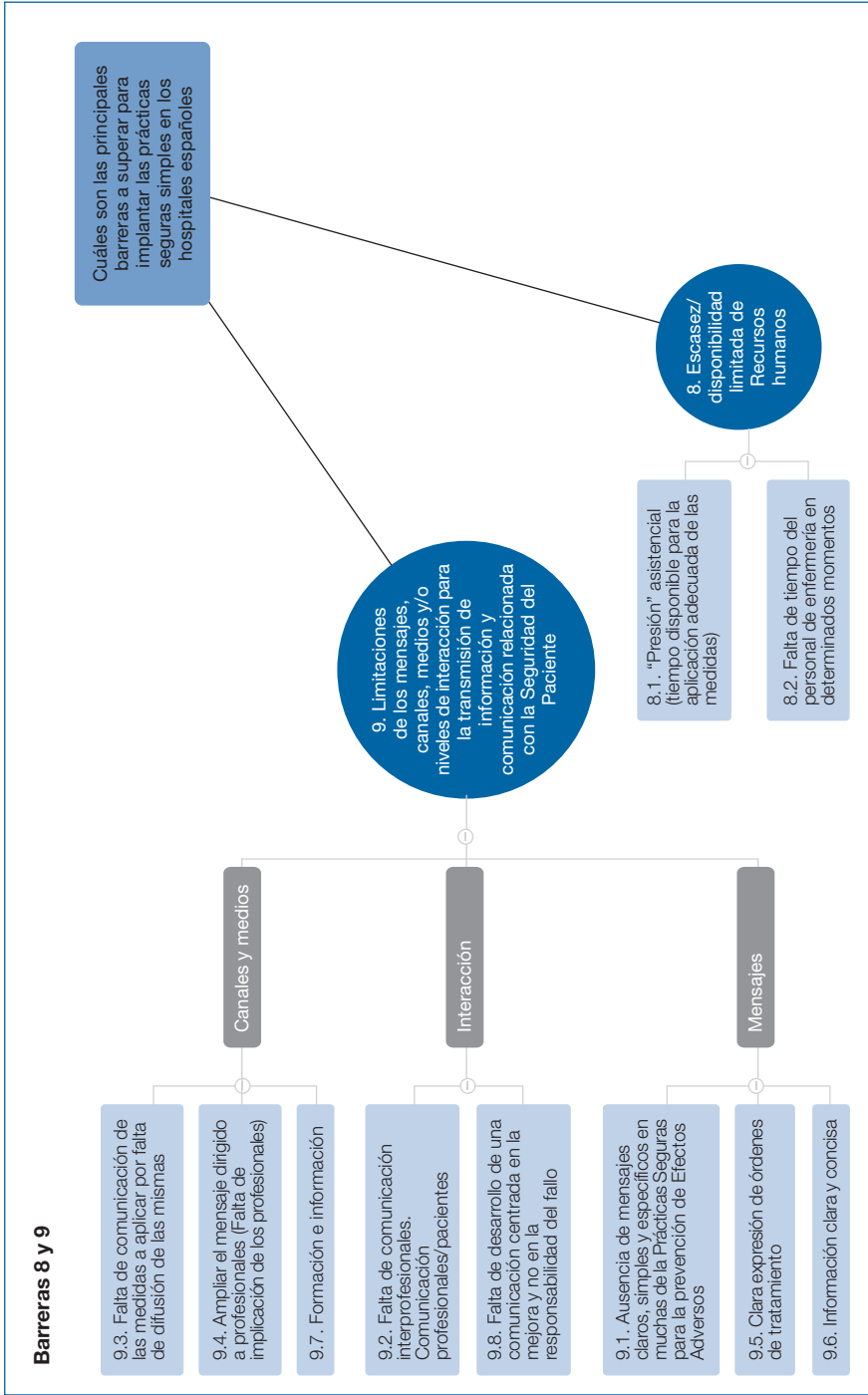


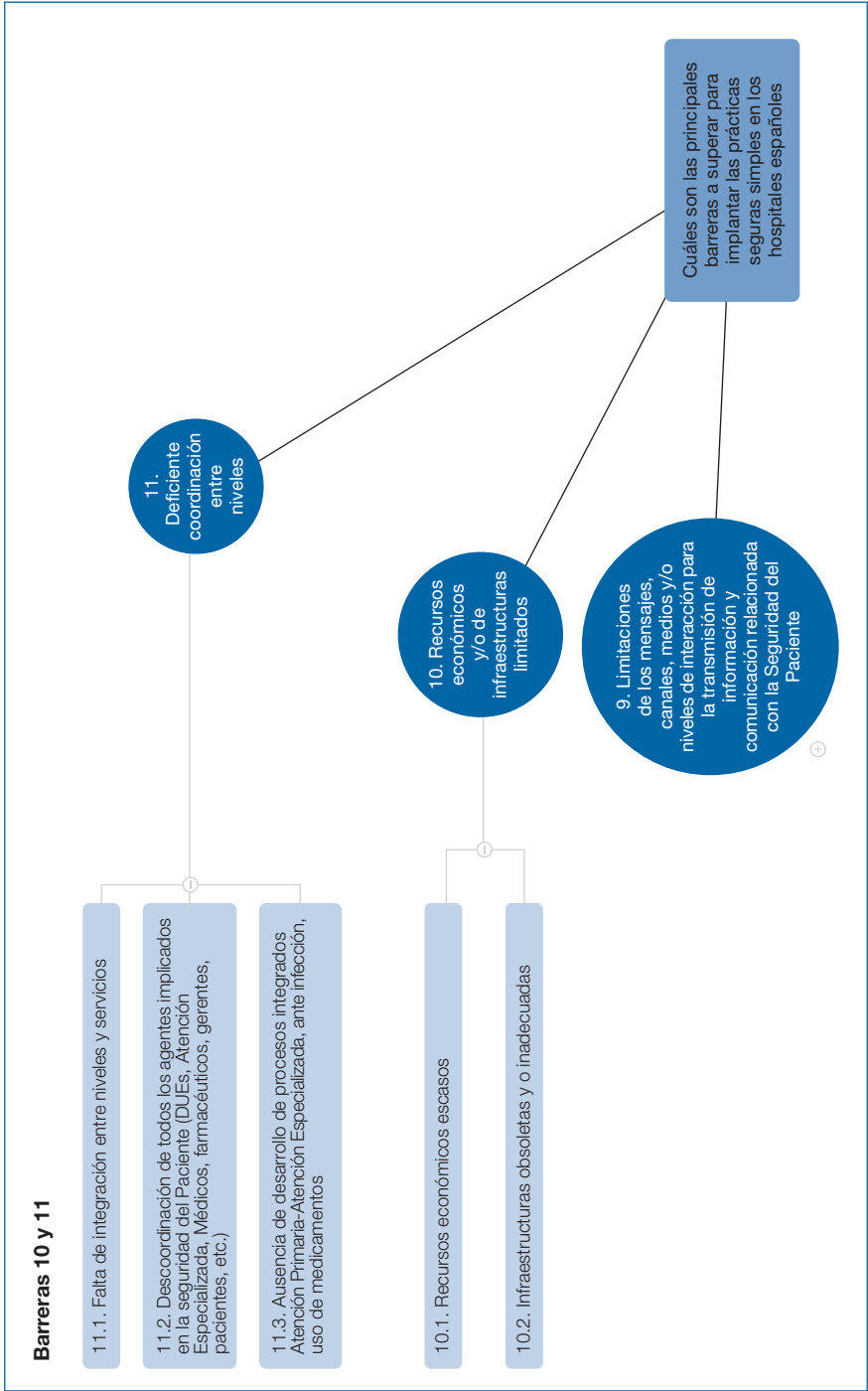












La seguridad del paciente se está convirtiendo en una clara prioridad en las políticas sanitarias gubernamentales, siendo una de las principales líneas de actuación en este ámbito las recomendaciones sobre **Prácticas Seguras o “safe practices”**. Recomendaciones que están dirigidas a prevenir y evitar la incidencia de efectos adversos (EA), especialmente en el entorno hospitalario. En este marco, es relevante conocer los pasos que en este sentido se han dado y se están dando en el contexto internacional, así como determinar en qué tipo de recomendaciones de alcance nacional se están concretando. Se trata, por tanto, de identificar puntos de referencia y sacar provecho de la curva de aprendizaje y de la experiencia de otros países. Sobre esta base se presenta en este informe un estudio de revisión de las “Prácticas Seguras Simples” recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Las etapas de este estudio han sido:

Identificar las Prácticas Seguras de alcance nacional dirigidas a hospitales e, impulsadas a nivel de las organizaciones gubernamentales tanto en determinados países seleccionados como por la Organización Mundial de la Salud.

Caracterizar cada una de dichas Prácticas Seguras comparando tanto su potencial impacto en la prevención de EA (tomando como referencia los resultados del estudio ENEAS), como su complejidad de implantación.

Priorizar las Prácticas Seguras identificadas según su equilibrio “impacto vs. complejidad de implantación”.

Consensuar con expertos del SNS las principales barreras para la implantación de dichas Prácticas Seguras en los hospitales españoles, y sugerir las recomendaciones para afrontar estas barreras de forma efectiva.

