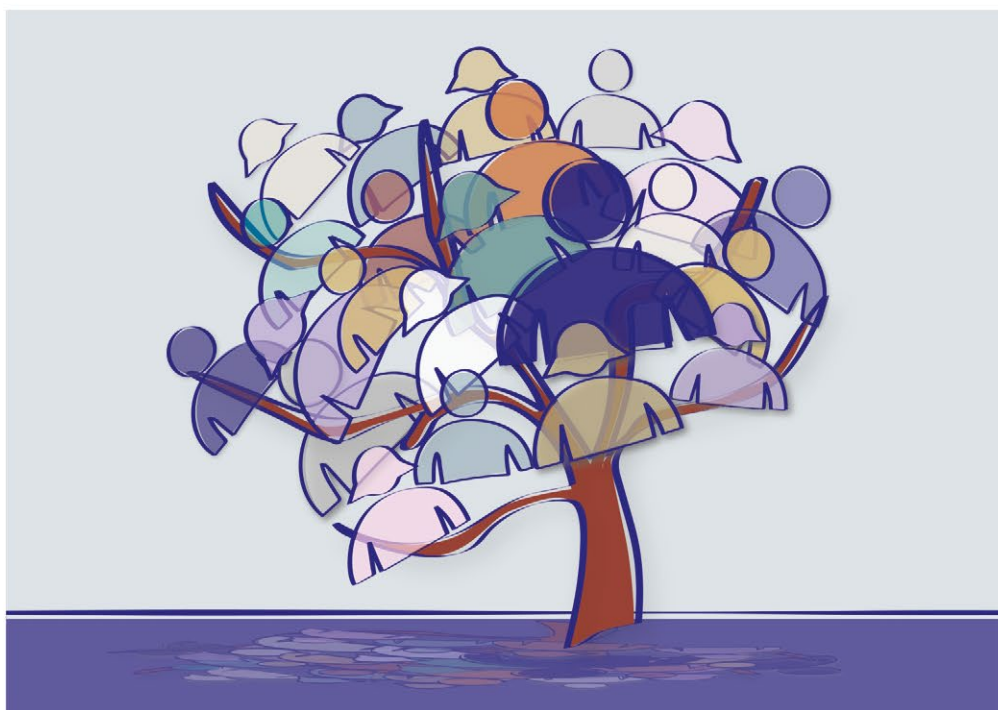
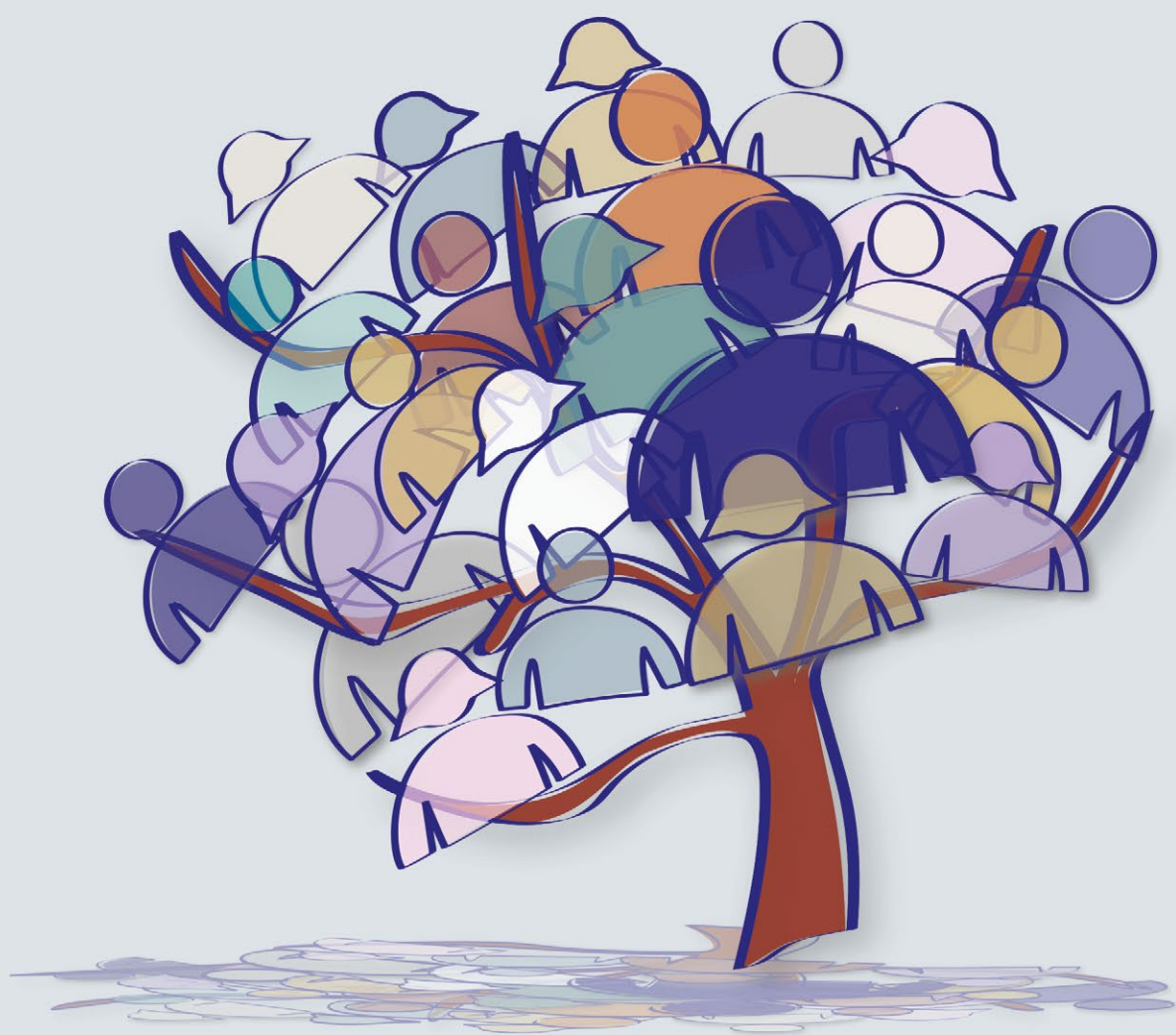


Estrategia de Seguridad del Paciente 20 30





EDICIÓN

1ª, abril 2023

EDITA

Osakidetza. C/ Álava, 45
01006 Vitoria-Gasteiz (Araba / Álava)

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Osakidetza

INTERNET

www.osakidetza.euskadi.eus

DEPÓSITO LEGAL

BI 00633-2023

Presentación

La Seguridad del Paciente constituye una prioridad indiscutible para los servicios de salud de los países desarrollados y, por tanto, lo es también para el de Euskadi. Se encuentra estrechamente ligada a la asistencia sanitaria ya que se presupone que el sistema sanitario dispone de todos los mecanismos necesarios para minimizar la probabilidad de ocurrencia de los incidentes de Seguridad. En realidad, el conjunto de la ciudadanía asume que el principio hipocrático “primum non nocere” se verifica en el transcurso de la actividad asistencial y que el conocimiento racional sobre la existencia del riesgo no anula la lógica expectativa de beneficiarse de un proceso asistencial seguro y exento de incidencias.

El concepto de Seguridad del Paciente o Seguridad Clínica puede calificarse como relativamente reciente ya que el término acuñado aparece por primera vez en el año 2000 en una publicación americana. Por ello, no hay que olvidar que, aunque el camino recorrido es sustancial y los esfuerzos realizados han permitido alcanzar un significativo grado de Seguridad en la asistencia, es preciso mantener intacto el esfuerzo del sistema sanitario para consolidar los avances logrados y progresar en otras áreas pendientes de abordaje.

En Euskadi se han desarrollado múltiples iniciativas en este ámbito desde la década correspondiente al año 2000. De hecho, este documento es la tercera Estrategia publicada en Euskadi tras las correspondientes a los periodos 2013-2016 y 2017-2020. En estos últimos años se han desarrollado, gracias a la implicación del conjunto de profesionales, diferentes líneas de acción y proyectos que han contribuido sin duda a la mejora de la Seguridad del Paciente en nuestra Comunidad, lo que se ha intentado plasmar en sendas evaluaciones. Sin embargo, la creciente complejidad de la asistencia sanitaria y la necesidad de ofrecer a la ciudadanía una asistencia libre de daños evitables nos compromete con la búsqueda del máximo nivel de Seguridad.

Al mismo tiempo, dado que los esfuerzos y los logros en materia de Seguridad del Paciente deben mantenerse en el medio y en el largo plazo, la garantía de la continuidad de los diferentes proyectos debe constituir una prioridad

para todas y todos nosotros. A título de ejemplo, el progreso registrado en estos últimos años con respecto al adecuado lavado de las manos no significa que no debamos perseverar para lograr consolidar los avances alcanzados y aumentar la adherencia del conjunto de profesionales a esta higiene esencial.

De cualquier modo, la garantía de la continuidad debe acompañarse con la incorporación del aprendizaje logrado en estos últimos años gracias, entre otras cosas, a la escucha del conjunto de profesionales que se implican en los diferentes grupos de trabajo y de referentes de Seguridad del Paciente de nuestras organizaciones.

En este sentido, la incorporación de dos nuevas líneas de acción en la presente Estrategia:

- la Seguridad del Paciente en Emergencias
- la Prevención del Suicidio

responde a una necesidad percibida por las personas expertas que desarrollan su desempeño en esas áreas.

Quizás, el mayor valor añadido de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Euskadi sea la participación activa del mayor número posible de profesionales. Sin esta valiosa implicación, la única capaz de propiciar avances concretos en términos de Seguridad, hubiera sido imposible alcanzar los niveles actuales y proponer esta nueva Estrategia, fruto del esfuerzo colectivo.

Quiero aprovechar para manifestar mi reconocimiento al conjunto de profesionales de la sanidad de Euskadi, así como a sus mandos intermedios, personal directivo y referentes de Seguridad del Paciente.

Miren Gotzone Sagardui Goikoetxea
Consejera de Salud

Índice



1. Introducción.....	<u>12</u>
2. Objetivos de la estrategia	<u>16</u>
3. Líneas de acción corporativas.....	<u>20</u>
L 1. Gestión de los incidentes de seguridad.....	<u>21</u>
L 2. Atención a las segundas y terceras víctimas.....	<u>29</u>
L 3. Identificación inequívoca de pacientes.....	<u>34</u>
L 4. Implicación de pacientes en su seguridad	<u>39</u>
L 5. Conciliación de la medicación	<u>45</u>
L 6. Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.....	<u>49</u>
L 7. Seguridad transfusional.....	<u>54</u>
L 8. Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.....	<u>59</u>
L 9. Cirugía segura.....	<u>77</u>
L 10. Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio.....	<u>83</u>
L 11. Seguridad del paciente en los servicios de urgencias.....	<u>90</u>
L 12. Seguridad del paciente en emergencias.....	<u>96</u>
L 13. Seguridad del paciente vinculada a cuidados.....	<u>101</u>

L 14. Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación.....	<u>104</u>
L 15. Buenas prácticas en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición.....	<u>109</u>
L 16. Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida.....	<u>113</u>
L 17. Prevención del suicidio.....	<u>117</u>
4. Formación.....	<u>128</u>
5. Indicadores.....	<u>134</u>
6. Bibliografía.....	<u>152</u>



1. Introducción

La atención sanitaria es multidisciplinar, está dotada de un alto grado de especialización y la incorporación de avances tecnológicos y tratamientos es incesante. En este contexto, durante el desarrollo de la actividad diaria se producen incidentes que afectan a la seguridad de los pacientes. Además, interactúan otros elementos, como las características propias de las personas atendidas, las tareas o procedimientos que se realizan, el equipamiento técnico y la propia organización.

En el presente siglo se ha iniciado un movimiento a favor de analizar las causas de estos incidentes, ya que un porcentaje importante de los mismos son evitables y, por ello, las organizaciones sanitarias deben analizar lo ocurrido, aprender y desplegar planes de mejora que reduzcan la probabilidad de que vuelvan a ocurrir.

En el año 2000 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM) publicó “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”¹, que supuso un paso importante para los sistemas de salud, al afirmar que miles de pacientes morían al año en los hospitales como consecuencia de situaciones que podrían haberse evitado y que las personas trabajan en sistemas que necesitan ser más seguros, situando la **Seguridad del Paciente** como una prioridad, con el objetivo de prevenir y reducir los riesgos que sufren las personas atendidas durante la asistencia sanitaria.

Aunque el conjunto de profesionales desea ofrecer una asistencia sanitaria segura, hay situaciones en las que se pueden producir los llamados **incidentes de seguridad**, que en el caso de que ocasionen algún tipo de daño a las personas atendidas se denominan **eventos adversos**.

En los últimos años se está realizando un esfuerzo importante para el fomento de la prevención y el control de los incidentes evitables en la atención sanitaria en general.

En el año 2004 la Organización Mundial de la Salud, con la creación de la **Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente**², lideró a nivel internacional una estrategia para desarrollar programas que permitan la mejora de la seguridad de los cuidados sanitarios.

Las instituciones europeas trabajan de manera conjunta en actuaciones relacionadas con la mejora de la calidad de la atención sanitaria y la Seguridad del Paciente. En concreto, la Comisión Europea desarrolla acciones apoyando los proyectos en los que participan los Estados Miembros.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en colaboración con las Comunidades Autónomas, puso en marcha la Estrategia en Seguridad del Paciente, en la que se desarrollaron diversos estudios para evaluar la frecuencia de los eventos adversos, entre los que se encuentran el Estudio Nacional de Efectos Adversos en centros hospitalarios (ENEAS)³ y el Estudio Nacional de Efectos Adversos en Atención Primaria (APEAS)⁴.

En Euskadi, la **Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016⁵** y la **Estrategia de Seguridad del Paciente 2020⁶**, recogen diferentes proyectos, con el objetivo de convertir la Seguridad del Paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria contribuyendo al mantenimiento de la Cultura de Seguridad.

En el **Marco Estratégico 2021-2024⁷** del Departamento de Salud del Gobierno Vasco se incluye la Seguridad del Paciente como un pilar básico en la sostenibilidad del sistema de salud, por lo que es necesario “garantizar la continuidad de las líneas de acción y proyectos implantados mediante una **nueva estrategia 2021-2030**” e “identificar nuevos retos y líneas de trabajo a desarrollar en el futuro, dirigidos a lograr una asistencia sanitaria cada vez más segura”.

Esta nueva Estrategia va a permitir seguir trabajando para avanzar hacia un cambio cultural que permita entender la importancia de identificar los incidentes, analizar sus causas y efectuar las mejoras necesarias para evitar su recurrencia.

2. Objetivos de la estrategia

Objetivo general

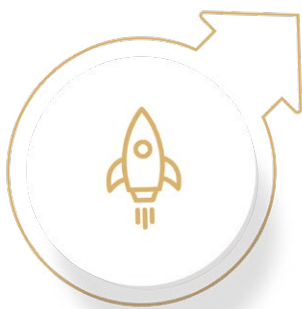


PROMOVER EL MÁXIMO NIVEL DE SEGURIDAD POSIBLE, MINIMIZANDO LA PROBABILIDAD DE OCURRENCIA DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL TRANCURSO DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

Objetivos específicos

01

Impulsar la cultura de Seguridad del Paciente en las organizaciones de servicios de Osakidetza, promoviendo la formación y sensibilización como aspectos clave.



03

Promover la comunicación y coordinación como elementos esenciales en la mejora continua de la Seguridad del Paciente.



02

Garantizar la continuidad del conjunto de líneas de acción y fomentar el desarrollo de las nuevas líneas de acción incluidas.





3. Líneas de acción corporativas

LÍNEAS DE ACCIÓN	
L 1	Gestión de los incidentes de seguridad.
L 2	Atención a las segundas y terceras víctimas.
L 3	Identificación inequívoca de pacientes.
L 4	Implicación de pacientes en su seguridad.
L 5	Conciliación de la medicación.
L 6	Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
L 7	Seguridad transfusional.
L 8	Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
L 9	Cirugía segura.
L 10	Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio.
L 11	Seguridad del paciente en los servicios de urgencias.
L 12	Seguridad del paciente en emergencias.
L 13	Seguridad del paciente vinculada a cuidados.
L 14	Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación.
L 15	Buenas prácticas en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición.
L 16	Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida.
L 17	Prevención del suicidio.

L 1 Gestión de los incidentes de seguridad

FUNDAMENTO

La asistencia sanitaria es una actividad compleja que entraña riesgos potenciales de eventos adversos (EA) tanto para pacientes/familias como para profesionales e instituciones sanitarias.

El informe del Institute of Medicine (IOM) *To err is human*¹ estima que los EA podían llegar a constituir una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en EE.UU. superando las producidas por los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA.

Se estima que entre el 8% y el 12% de las personas que ingresan en los hospitales de la Unión Europea, sufren un EA, como consecuencia de la atención sanitaria recibida y que aproximadamente el 50% de los EA podrían haberse prevenido aplicando prácticas seguras⁸.

Los estudios realizados en España sobre EA relacionados con la asistencia sanitaria refrendan la magnitud del problema. El estudio ENEAS³ de referencia en hospitales concluyó, que la incidencia de EA era de un 9,3%, el 42,8% de ellos se consideraron evitables. El estudio APEAS⁴ de referencia en Atención Primaria cuantifica la prevalencia de pacientes con algún EA en un 10%, de los cuales el 70% podrían considerarse evitables.

Esta situación ha llevado a que la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, organismos internacionales^{10, 11} y la mayoría de las autoridades sanitarias de muchos países, hayan promovido diversas iniciativas y recomendaciones encaminadas a reducir la incidencia/impacto de los EA en la atención sanitaria.

A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en consonancia con las recomendaciones internacionales, desarrolló en el marco del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2005, la Estrategia de Seguridad del Paciente 2005 – 2013, y posteriormente la 2015 – 2020¹², que incluyen entre sus objetivos prioritarios la gestión del riesgo.

La gestión del riesgo para la mejora de la Seguridad del Paciente es el conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar los riesgos acaecidos o que puedan llegar a producirse durante la asistencia sanitaria, con el objeto de prevenir su ocurrencia o en su caso minimizar su impacto.

Las actividades que integran el proceso de la gestión de riesgos son^{10,13}:

- Identificación del riesgo a través de diferentes fuentes de información: sistemas de notificación y registro de incidentes, comités de calidad asistencial, quejas, reclamaciones, sugerencias, encuestas, etc.
- Análisis y evaluación del riesgo desde el punto de vista sistémico:
 - De forma reactiva: los riesgos y efectos adversos ya se han producido.
 - De forma proactiva: identificando y previniendo riesgos antes de que se produzcan.
- Planificación e implementación de las acciones de mejora.
- Evaluación y seguimiento de las acciones de mejora implantadas.
- Feedback de los resultados a los profesionales.

En este contexto, los sistemas de notificación son elementos claves en el proceso de gestión de riesgos. El objetivo es convertirlos en oportunidades para aprender, mejorar y transformarlos en actuaciones concretas que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes.

La necesidad de disponer de sistemas de notificación que permitan identificar el riesgo fue contemplada entre otros organismos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes y por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) de Reino Unido.

A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad estableció en 2005 el marco teórico y las características que deben de satisfacer este tipo de registros, con diversas actualizaciones¹⁴⁻¹⁷.

Un aspecto a tener en cuenta en la gestión de los incidentes es que, además de las personas trabajadoras, la participación activa de las personas usuarias/pacientes/familias/personas cuidadoras nos permite aprovechar la información relevante que estos nos puedan aportar¹⁸.

ANTECEDENTES

Osakidetza, en el año 2012, en base a que los incidentes de seguridad tienen un proceso causal común y el aprendizaje de los incidentes “sin daño” y la introducción de defensas en el sistema contribuyen a minimizar la aparición de EA, desarrolló el Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP)¹⁹, base corporativa para la notificación de los incidentes de seguridad “sin daño” accesible desde la intranet de Osakidetza, que facilita a todo el personal (sanitario y no sanitario) la notificación de incidentes a tiempo real y posibilita la gestión de los mismos por parte del personal gestor, realizando el despliegue e implantación del sistema en todas las organizaciones de servicios, designando en cada una de ellas referentes del sistema, a quienes se les facilita la formación en la herramienta.

En Euskadi, la necesidad de disponer de un Sistema de información y notificación de incidentes de Seguridad del Paciente, fue corroborada en el “Plan de Salud de Euskadi 2013–2020”²⁰, en los distintos proyectos Estratégicos de Osakidetza y en el Decreto 78/2016²¹.

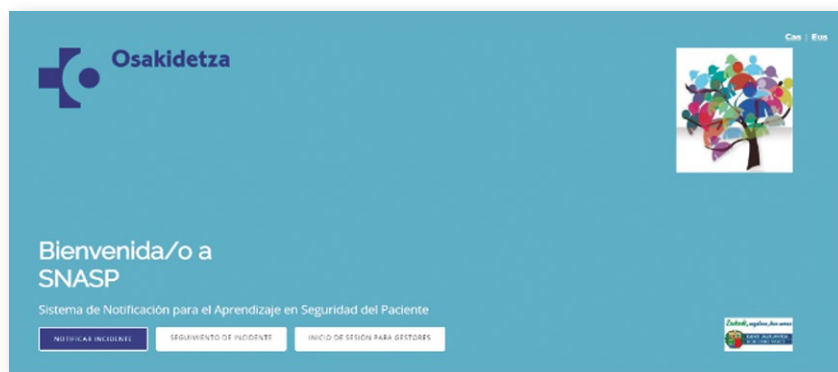


Figura 1. Pantalla de acceso al SNASP.

Los principios del SNASP, son los recomendados por la mayor parte de organizaciones y organismos expertos en Seguridad del Paciente:

- Notificación de incidentes de carácter voluntario.
- No punitivo.
- Anónimo o nominativo con capacidad para anonimizar (se borrarán automáticamente 7 días después de realizar la notificación).
- Confidencialidad de la información.
- Análisis para el aprendizaje y plan de acción.
- Orientación sistémica.

Con el objetivo de potenciar la identificación del riesgo, fue incluida como línea de acción corporativa en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016.

Consciente de que además de la actividad de notificar incidentes es necesario completar el ciclo de la gestión de incidentes, en la Estrategia 2017–2020⁶ se dio continuidad a la línea integrando en ella “La gestión global de los incidentes de seguridad”.

En el periodo que abarcan estas estrategias, el nivel de progreso alcanzado, se materializa en las siguientes acciones realizadas:

INCIDENTES SIN DAÑO

1. Identificación del riesgo

Se fomenta la utilización del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP):

- En aras de facilitar el uso de la herramienta, progresivamente se han ido introduciendo mejoras consensuadas con las personas referentes.
- Se promueve la notificación de incidentes, a través de sesiones formativas.

2. Gestión de los incidentes de seguridad

- Formación específica en la gestión de incidentes.
- Se dinamiza tanto el análisis de los incidentes, como las propuestas de acciones de mejora e implantación de las mismas.

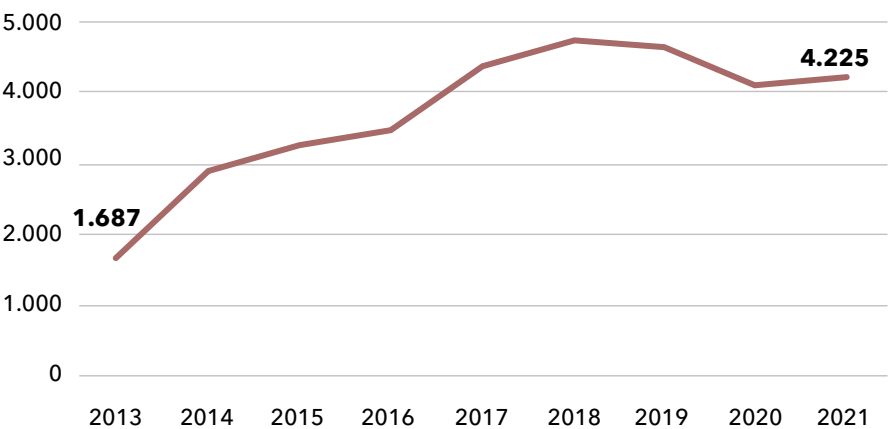
3. Aprendizaje compartido

- Se potencia el aprendizaje compartido en las reuniones periódicas con las personas referentes.

Entre los logros conseguidos destacan los siguientes:

- Tendencia ascendente en el número de incidentes “sin daño” notificados (Gráfico 1).
- Incremento de la tasa de notificación por cada 100 profesionales (Gráfico 2).
- Tendencia positiva relativa al porcentaje de incidentes analizados y al porcentaje de mejoras implantadas.

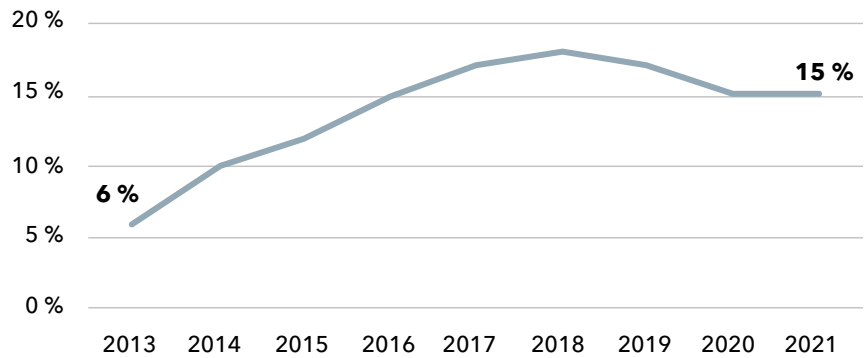
Gráfico 1.
Número de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP.



En los años 2019, 2020 y 2021 no están incluidas las caídas.

Gráfico 2.

Tasa de notificación por cada 100 profesionales.



INCIDENTES CON DAÑO

1. Garantizar una adecuada gestión de los Eventos Adversos

La notificación de los incidentes de Seguridad constituye un primer paso imprescindible para el aprendizaje. En el caso de los incidentes de Seguridad sin daño para el paciente, el SNASP garantiza al conjunto de profesionales de Osakidetza la oportunidad de una notificación ágil y sencilla. Sin embargo, el aprendizaje a partir de los eventos adversos (incidentes de Seguridad con daño) es, al menos, tan importante como el logrado a través del SNASP.

Por ello, es esencial el cumplimiento de la Instrucción 2/2018 de nuestra Dirección General con el fin de garantizar el circuito adecuado de la información, lo que contribuye en gran medida, no sólo al aprendizaje posterior, sino a la adecuada gestión de los aspectos legales así como a la prevención de potenciales segundas y terceras víctimas.

- Elaboración y difusión de la “Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos”²².
- Desarrollo de la Instrucción 2/2018 “Para la correcta notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros EA y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza”²³:

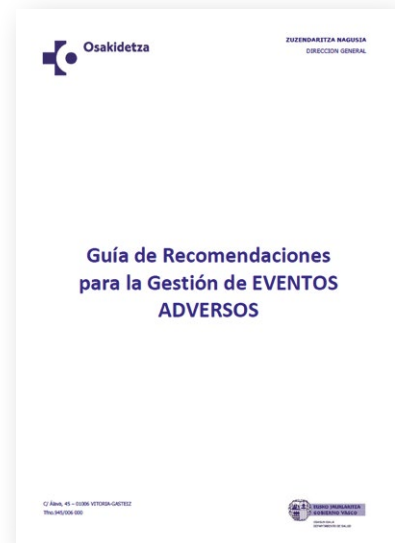


Figura 2. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos.

- Seguimiento y evaluación de la implementación de la Instrucción.

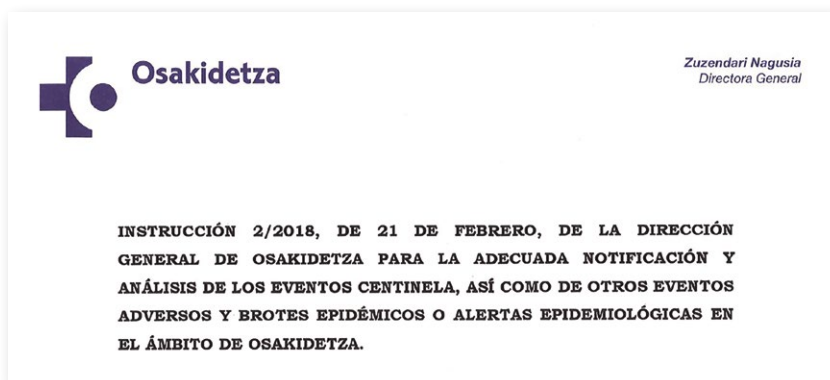


Figura 3. Instrucción 2/2018, de 21 de febrero, de la Dirección General de Osakidetza.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Minimizar el impacto y la ocurrencia de los incidentes de seguridad.

Objetivos específicos

1. Potenciar la identificación del riesgo.
2. Potenciar la gestión de los incidentes de seguridad.
3. Potenciar el aprendizaje y la difusión del aprendizaje.

ACCIONES

1. Potenciar la identificación del riesgo:

- Referido a profesionales:
 - Continuar implementando acciones de mejora en la herramienta SNASP que faciliten la notificación.
 - Dinamizar acciones formativas en el uso de la herramienta.
 - Desarrollar estrategias de sensibilización.
- Referido a personas usuarias/pacientes/familias/personas cuidadoras:
 - Facilitar herramientas, que les permita la notificación de los incidentes de seguridad.
 - Desarrollar estrategias para promover su implicación y empoderamiento en la notificación de incidentes.

2. Potenciar la gestión de los incidentes de seguridad:

- Impulsar la creación de equipos de seguridad multidisciplinares.
- Consolidar y dinamizar los comités de seguridad, promoviendo la participación de las personas usuarias/pacientes/familias/personas cuidadoras.
- Dinamizar la formación de los profesionales en el proceso de gestión de riesgos.
- Continuar potenciando el análisis de los incidentes tanto desde una perspectiva reactiva como proactiva, así como las propuestas de acciones de mejora, la implantación y seguimiento de las mismas.
- Fomentar la participación de las personas usuarias/pacientes/familias/personas cuidadoras en la gestión de los incidentes.
- Evaluación periódica de la gestión de los incidentes notificados, por parte de las personas gestoras.
- Facilitar al personal, información periódica, referida a los incidentes de seguridad notificados y las acciones de mejora propuestas/implantadas.

3. Potenciar el aprendizaje y la difusión de “buenas prácticas”:

- Aprendizaje compartido en las reuniones periódicas con las personas referentes del SNASP.
- Fomentar el aprendizaje a nivel corporativo, a través de herramientas disponibles (Osagune...).
- Desarrollar estrategias que permitan la difusión de “buenas prácticas” (boletines, alertas de seguridad...).
- Fomentar el conocimiento y la implementación de “buenas prácticas” que ya están implantadas con resultados favorables en otros centros a nivel local, estatal o internacional.
- Promover la implantación de “buenas prácticas” acordes con el conocimiento científico disponible.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Nº de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP.
- Tasa de notificaciones de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP por cada 100 profesionales.
- Nº de profesionales de la organización que han recibido formación en gestión de riesgos.
- Porcentaje de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP con análisis realizado.
- % de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP (originados en la Organización) y analizados, en los que “si procede” tienen propuestas acciones de mejora.
- % de acciones de mejora implantadas en relación con las propuestas.
- % de acciones de mejora implantadas con seguimiento realizado.
- % de Organizaciones que hacen informes anuales del Sistema de Notificación de incidentes “sin daño” (SNASP).
- Nº de sesiones formativas de sensibilización a profesionales.
- Nº de “buenas prácticas” difundidas (informes, boletines, alertas de seguridad,).
- % de organizaciones que aplican la Instrucción 2/2018, relativa a la notificación y gestión de Eventos Adversos.

L 2 La atención a las segundas y terceras víctimas

FUNDAMENTO

Los incidentes de Seguridad del Paciente son acontecimientos imprevistos y no deseados resultado de la concatenación de fallos durante el proceso asistencial (fallos del sistema y errores humanos)²⁴. En particular, los eventos adversos (EA) son aquellos incidentes que causan daño a pacientes, constituyendo una experiencia traumática para ellos y su entorno más cercano ("**primeras víctimas**"). Pero detrás de todo incidente de seguridad y con independencia de que ocasione daño o no a pacientes, se encuentran una o más personas trabajadoras que pueden verse afectadas por este mismo incidente.

Así, en el año 2000 Albert Wu introduce el término "**segunda víctima**" para referirse al profesional que participa en un EA y que queda traumatizado por esta experiencia y no es capaz de afrontar emocionalmente la situación²⁵. Posteriormente se amplió este concepto incluyendo al conjunto de profesionales sanitarios que participa en un EA, error médico y/o lesión inesperada relacionada con la persona atendida, y que se convierte en víctima porque queda traumatizada por el suceso²⁶. Pese a que este término lleva utilizándose cerca de dos décadas, no está exento de controversia²⁷⁻²⁸. Sin embargo, en el momento actual no hay consenso en un término alternativo que lo sustituya²⁹.

Cuando una persona trabajadora se ve involucrada en un incidente de seguridad, experimenta una serie de consecuencias posteriores al suceso que deben ser abordadas precozmente. Entre los síntomas más frecuentemente experimentados se encuentran la culpa, la ansiedad, el cansancio, la falta de concentración, el miedo a las consecuencias legales y revivir una y otra vez el suceso³⁰⁻³². En esta situación, se incrementa además la probabilidad de generación de nuevos incidentes de seguridad. El estudio de referencia en nuestro entorno sobre las segundas víctimas³⁰ nos acerca a la magnitud del problema, señalando que más de la mitad de las personas trabajadoras van a sufrir el impacto de los incidentes de seguridad como segundas víctimas.

La propia organización sanitaria en la que ha tenido lugar el EA es considerada como la "**tercera víctima**". La imagen de la institución se ve dañada tras la ocurrencia de un evento adverso, produciéndose una pérdida de reputación entre la ciudadanía que a su vez genera una situación de desconfianza en la organización sanitaria³³. Además, en función de la gestión que se realice en la misma, puede verse aún más perjudicada.

Existe consenso en que una de las necesidades tras la ocurrencia de un EA en la atención a las primeras víctimas (pacientes y familiares) es recibir información sobre las circunstancias en las que ocurrió el incidente, sus consecuencias y las medidas que se han tomado para evitar que vuelva a suceder, además de ofrecer una disculpa³⁴⁻³⁶. Sin embargo, aún se identifican barreras que dificultan la comunicación abierta y honesta (*Open Disclosure*) a las primeras víctimas de los EA, como son el temor a las consecuencias legales, la falta de entrenamiento y la implantación efectiva de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias³⁷.

Fuera de nuestro ámbito se han producido en los últimos años novedades legislativas que regulan aspectos relacionados con la notificación y documentación de eventos adversos en países como Estados Unidos, Dinamarca, Canadá o Italia. En nuestro entorno, se señala la necesidad de implementar mejoras que permitan impulsar la cultura de seguridad del paciente y facilitar un marco legal que garantice la seguridad jurídica de los profesionales que participan en la notificación y análisis de los EA³⁸. En esta línea se está trabajando desde el Ministerio de Sanidad en colaboración con la Sociedad Española de Calidad Asistencial, para diseñar un plan de acción que permita impulsar una propuesta de reforma legislativa en el ámbito estatal sobre Seguridad del Paciente³⁹.

Por todo lo anteriormente expuesto y asumiendo que el riesgo cero no existe en ningún sistema sanitario, debe promoverse la cultura de seguridad de manera que exista una respuesta protocolizada, oportuna y eficaz que aborde las necesidades de todas las personas implicadas cuando sucede un EA. Así, la primera prioridad será la atención del paciente y su familia, pero también la de los profesionales, en los que será determinante la actuación de la organización para minimizar las consecuencias del EA y permitir aprender de lo ocurrido.

ANTECEDENTES

No es hasta hace menos de dos décadas cuando surgen las primeras iniciativas de apoyo institucional en estos casos. Las organizaciones sanitarias pioneras en la puesta en marcha de iniciativas para dar respuesta a esta problemática pertenecen a Estados Unidos, como el programa desarrollado por la Universidad de Missouri (forYOU team: caring for our own⁴⁰) y el del Hospital Johns Hopkins (RISE: Resilience in Stressful Events⁴¹).

En 2014 nace en el ámbito estatal el Proyecto de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas⁴² en el que participaron profesionales de 8 Comunidades, incluyendo profesionales de Osakidetza y del que se han derivado numerosos trabajos de investigación para conocer la magnitud y el impacto de los eventos adversos entre el personal sanitario, así como recomendaciones para la adecuada gestión de los eventos adversos.

En Osakidetza contamos desde el 2015 con la “*Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos*”²². Esta guía se puso a disposición de todas las organizaciones de servicios y su objetivo era facilitar una adecuada respuesta ante los EA, minimizando su impacto entre pacientes y profesionales. Posteriormente y reconociendo la amplia repercusión que tienen los incidentes de seguridad, se incorporó de manera específica el abordaje de las segundas y terceras víctimas en la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20.

Con el objetivo de garantizar el aprendizaje y que todas las partes implicadas en la gestión de los EA dispongan de la información necesaria para la adecuada gestión y análisis, se desarrolló la Instrucción 2/2018 por parte de la Dirección General de Osakidetza²³ “*Para la correcta notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros eventos adversos y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza*”.

Reconociendo la necesidad de desarrollar un procedimiento de atención a las segundas víctimas, se constituyó un grupo de trabajo específico para tal fin integrado por todos los servicios que en algún momento pueden verse implicados en la gestión de EA: Asesoría Jurídica, Servicio de Prevención, Dirección, Gerencia y Referentes de Seguridad del Paciente.

Uno de sus principales logros ha sido la elaboración del “**Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas**”⁴³, cuyo objetivo es evitar que tras la ocurrencia de un incidente de seguridad se generen más víctimas.

- Partiendo de la premisa de que cualquier profesional puede ser segunda víctima y también cualquier profesional puede ser requerido por una segunda víctima, el protocolo constituye una guía de actuación dirigida al conjunto de profesionales y personal gestor de Osakidetza.
- La gestión de la información también es un aspecto de especial importancia para minimizar el impacto de los eventos adversos. Por ello, se ha protocolizado la gestión de la información y comunicación, tanto a nivel interno como a nivel externo.

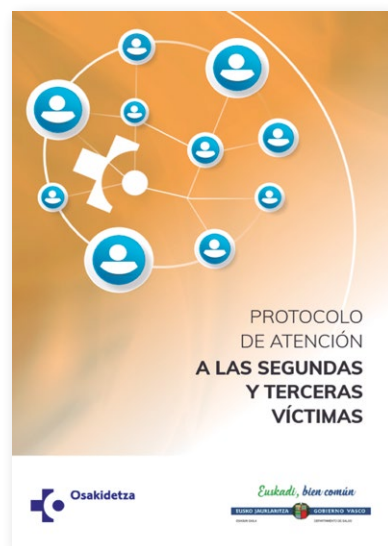


Figura 4. Protocolo de Atención a las 2ª y 3ª Víctimas.

- La adaptación del protocolo corporativo a las características de cada organización ha permitido identificar que en ámbitos específicos como el de la Salud Mental también otros pacientes, además de la primera víctima, pueden verse afectados por la ocurrencia de un EA. Así, ampliando el concepto de segundas víctimas, también las personas cuidadoras y familias de las primeras víctimas pueden resultar afectadas como segundas víctimas al experimentar sentimientos de culpabilidad por no haber evitado el incidente de seguridad.

La pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 ha llevado a los sistemas sanitarios a vivir una situación extraordinaria sin precedentes y ha hecho necesario recurrir al concepto de segundas víctimas para hacer referencia a profesionales implicados en la atención a personas afectadas por COVID-19⁴⁴. Esta crisis ha enfatizado la necesidad de contemplar la Seguridad del Paciente y la de las personas trabajadoras de manera simultánea por parte de todo sistema de salud que persiga reducir el daño asociado a la asistencia⁴⁵⁻⁴⁶. Tras la presión a la que se ha visto sometido el conjunto de profesionales de Osakidetza, en marzo de 2020 se puso en marcha bajo la coordinación del Consejo Asesor de Salud Mental un programa corporativo de apoyo emocional⁴⁷ dirigido a pacientes, familiares y profesionales de Osakidetza llevado a cabo por la Red de Salud Mental y los Servicios de Psiquiatría de los hospitales de agudos.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean en el abordaje de las segundas y terceras víctimas en la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 30 son:

- Proporcionar una atención sistematizada y protocolizada a las segundas y terceras víctimas de los eventos adversos, minimizando el impacto de los mismos.
- Promover la cultura de seguridad en las organizaciones, favoreciendo una política de seguridad no punitiva.
- Capacitar al conjunto de profesionales de la organización según su perfil profesional para una adecuada atención a las primeras y segundas víctimas tras la ocurrencia de un EA.
- Fomentar una adecuada gestión de la información tras la ocurrencia de un EA para minimizar su impacto en las primeras, segundas y terceras víctimas.

ACCIONES

- Impulsar y dar continuidad al equipo de trabajo corporativo específico para el desarrollo y seguimiento de esta línea de acción.
- Evaluar el grado de implantación del Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas.
- Desarrollar un sistema de información que permita identificar profesionales en riesgo de convertirse en segundas víctimas de los EA y la efectividad del Protocolo corporativo.
- Sensibilizar y formar al conjunto de profesionales teniendo en cuenta las necesidades y características de los diferentes perfiles profesionales (círculos de apoyo a las segundas víctimas establecidos en el protocolo corporativo).
- Fomentar la correcta documentación y notificación de los eventos adversos.
- Mejorar las habilidades del personal en la comunicación de los eventos adversos.
- Determinar intervenciones en ámbitos específicos (por ejemplo, Salud Mental) que por sus características diferenciales puedan ser necesarias.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje de organizaciones que han implantado y/o adaptado el Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas.
- Porcentaje de organizaciones en las que se han realizado acciones de sensibilización y formación sobre la repercusión que tienen los EA para el conjunto de profesionales y la institución.
- Número de EA graves o eventos centinela notificados a través de informe realizado por equipo de gestión del EA en cada organización.
- Porcentaje de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas en relación a los notificados.

L 3 Identificación inequívoca de pacientes

FUNDAMENTO

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante de errores y complicaciones en la atención sanitaria y constituye un riesgo para su seguridad.

Los problemas de identificación y verificación de pacientes, se producen en todos los ámbitos asistenciales y se asocian a errores producidos en cualquier punto del proceso asistencial.

Estos errores se relacionan con frecuencia a la administración de medicación, transfusiones de sangre y hemoderivados, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, etc. además pueden producirse errores en la documentación clínica o cualquier otro documento con información relativa a la persona atendida, muestras biológicas, pruebas diagnósticas... Sus consecuencias pueden llegar a producir errores muy graves para el paciente⁴⁸⁻⁴⁹.

En España, el Estudio Nacional sobre los Eventos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)³, cuantificó los incidentes relacionados con el diagnóstico o pruebas diagnósticas en un 2,75% (error en la identificación de pacientes, error en el etiquetado de las muestras), considerándose evitables en un 84,2% de los casos.

El informe publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que incluye los incidentes de seguridad notificados en el SiNASP durante el año 2019⁵⁰, tanto en hospitales como en centros de atención primaria, revela en el análisis por tipo de incidentes, que un 12,6% de los incidentes notificados en hospitales y un 13% de los notificados en atención primaria, están relacionados con la identificación de pacientes, en ambos casos, estos porcentajes ocupan el tercer puesto, tras los incidentes concernientes a medicación (tipo más frecuente) y los relacionados con la gestión organizativa-recursos.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵¹, y a nivel estatal el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSS) a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015 – 2020¹², recomiendan establecer actuaciones que garanticen la identificación inequívoca de pacientes.

En el proceso de la correcta identificación de pacientes, además del personal trabajador no podemos ignorar la importancia de la implicación activa de las propias personas atendidas⁵¹.

ANTECEDENTES

Tanto en el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020²⁰ como en las distintas líneas estratégicas de Osakidetza⁵² se han planteado acciones para mejorar este aspecto.

En consonancia, con el fin de potenciar la identificación inequívoca de pacientes, la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza 2013-2016 la incluyó como línea de acción específica garantizando su continuidad en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2020⁵⁻⁶.

El nivel de progreso alcanzado en estas Estrategias se materializa en las siguientes acciones realizadas:

1. Identificación física de pacientes:

- Brazaletes identificativos.

- Con el objeto de homogeneizar los sistemas de identificación física de pacientes en los servicios de hospitalización y de urgencias, se desarrolló y se implantó a nivel corporativo el “Brazaletes identificativos”, que contempla las modalidades de personas adultas, menores, neonatos/neonatas y el kit madre y



Figura 5. Brazaletes de paciente adulto.

recién nacido/recién nacida (RN). Este hecho supone un paso importante en la identificación física de pacientes, ya que dicho brazaletes, contiene la información requerida por las distintas aplicaciones informáticas, en aras de mejorar la identificación y verificación de la identidad de las personas.

- Estos brazaletes han sido objeto de revisiones posteriores, desarrollándose las mejoras oportunas, en base a las necesidades de pacientes y profesionales, consiguiendo que en todas las organizaciones de servicios la identificación correcta de pacientes sea cercana al 100%.

- Elaboración, despliegue e implantación del “Procedimiento corporativo de identificación del paciente hospitalizado”. Este procedimiento está actualmente en fase de revisión, con el objeto de hacerlo extensivo a todos los puntos de atención de las organizaciones de servicio (no únicamente en el ámbito hospitalario).
- Guía de buenas prácticas en la identificación de pacientes no hospitalizados.
- Elaboración y distribución en todas las organizaciones de cartelería específica, con el objeto de recordar a pacientes y profesionales la necesidad de confirmar la identidad de la persona en cualquier contacto con el sistema sanitario.



Figura 6. Imagen de la cartelería de "Identificación de personas usuarias".

2. Verificación de la identidad de pacientes en la aplicación informática corporativa

- Difusión de buenas prácticas relacionadas con la gestión y depuración de duplicidades de historia clínica en las bases de datos corporativas.
- Recomendaciones para la mejora de la seguridad en los procesos de alta y baja de personas usuarias en las aplicaciones informáticas corporativas.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Disminuir el potencial de errores de identificación inequívoca de pacientes en todos los ámbitos de atención sanitaria de Osakidetza.

Objetivos específicos

1. Potenciar la necesidad de la correcta identificación de pacientes en cualquier contacto con el Sistema Sanitario.
2. Promover mecanismos para la identificación inequívoca de pacientes no hospitalizados, sometidos a procedimientos, diagnósticos/tratamientos invasivos (endoscopias, broncoscopias, medicina nuclear, hemodiálisis, radioterapia...).
3. Prevenir errores de identificación en muestras biológicas, transfusiones de sangre y hemoderivados, administración de medicación.
4. Fomentar la identificación inequívoca de pacientes en las unidades de media-larga estancia de la Red de Salud Mental.
5. Reforzar el compromiso de las personas trabajadoras en relación con la identificación inequívoca de pacientes.
6. Potenciar la participación de pacientes, familiares y personas cuidadoras, tanto en el proceso de identificación como en la verificación de los datos identificativos que constan en la documentación clínica.

ACCIONES

1. Concluir el desarrollo del procedimiento corporativo de “identificación inequívoca de paciente en los centros de atención de Osakidetza”, difundir y potenciar la implementación del mismo.

2. Estandarizar sistemas de identificación inequívoca para pacientes no hospitalizados, sometidos a procedimientos diagnósticos/tratamientos invasivos (endoscopias, broncoscopias, medicina nuclear, hemodiálisis, radioterapia ...).
3. Prevenir errores de identificación–trazabilidad en muestras biológicas, transfusiones, administración de medicación:
 - En relación a muestras biológicas, transfusiones:
 - Desarrollar, difundir e implementar un procedimiento corporativo, que incorpore las buenas prácticas evidenciadas en todas las etapas del proceso.
 - Potenciar la utilización de sistemas electrónicos que ayuden a disminuir los errores de identificación.
 - En relación a la administración de medicación:
 - Potenciar la utilización de sistemas electrónicos que ayuden a disminuir los errores de identificación.
4. Retomar la valoración de ayudas tecnológicas que puedan contribuir a disminuir el riesgo de errores en la identificación correcta de pacientes en las unidades de media-larga estancia de la Red de Salud Mental y que no supongan un estigma para estas personas, proponiendo su estandarización.
5. Retomar la implantación de medidas para garantizar la identidad de pacientes en todas las áreas de atención.
6. Revisar y actualizar la cartelería, sobre la importancia de la identificación de personas, en todos los contactos con el sistema sanitario.
7. Desarrollar acciones de formación y sensibilización dirigidas a profesionales en el proceso de identificación y/ o verificación de la identificación inequívoca de pacientes.
8. Desarrollar acciones dirigidas a implicar a pacientes/personas usuarias/ familiares/personas cuidadoras en el proceso de identificación y verificación inequívoca.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- % de incidentes “sin daño” notificados en el SNASP relacionados con la identificación de pacientes.
- % de pacientes hospitalizados correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.
- % de pacientes en urgencias correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.
- % de pacientes en hospitalización de día (Médico/Quirúrgico) correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.
- % de pacientes en los centros con hospitalización psiquiátrica de media-larga estancia correctamente identificados.
- % de pacientes no hospitalizados correctamente identificados, pendientes de realizarse pruebas diagnósticas/tratamientos invasivos (radioterapia, hemodiálisis, endoscopias, ...).
- % de pacientes en Atención Primaria correctamente identificados.
- % de organizaciones que han implantado el procedimiento corporativo de “identificación inequívoca de pacientes”.
- % de organizaciones que han implantado un procedimiento para la identificación inequívoca en la administración de medicación.
- % de organizaciones que han desarrollado acciones dirigidas a implicar a pacientes /familiares/ personas cuidadoras, en el proceso de identificación inequívoca.

L 4 Implicación de pacientes en su seguridad

FUNDAMENTO

Cuando las organizaciones sanitarias y sus profesionales trabajan en estrecha colaboración con pacientes, sus familias y personas cuidadoras, el sistema es más seguro y las personas atendidas tienen mejores experiencias y resultados de salud⁵³⁻⁵⁶.

En base a ello, pueden describirse dos ámbitos para la participación de pacientes en el sistema sanitario. Por un lado, el relacionado con la participación activa de la persona atendida en el proceso asistencial y en la toma de decisiones relacionadas con su salud, que supone un nuevo modo de entender la relación asistencial entre profesionales y pacientes, potencialmente beneficiosa para el proceso terapéutico⁵⁷. Por otro lado, la implicación de pacientes, familiares y personas cuidadoras como oportunidad para mejorar la seguridad en la asistencia a través de la identificación de riesgos y barreras para minimizarlos y de la gestión de los incidentes de seguridad⁵⁸.

La implicación de pacientes en su seguridad constituye un desafío pues requiere un enfoque integral y equilibrado que incorpore y potencie el papel de la persona atendida sin olvidar que la responsabilidad principal de la asistencia recae en el propio sistema sanitario. Se trata fundamentalmente de reconocer, potenciar y aprovechar las experiencias y capacidades de la ciudadanía para contribuir a mejorar la seguridad del sistema sanitario.

Entre los motivos que justifican y hacen necesaria la implicación de pacientes en pro de la seguridad está el que son quienes mejor conocen sus síntomas y respuestas a los tratamientos y por tanto, los primeros en reconocer cuando un síntoma cambia o un tratamiento produce una reacción adversa. Asimismo, y dada la creciente complejidad del sistema sanitario que dificulta en algunos casos la coordinación entre los diferentes niveles o ámbitos asistenciales, en ocasiones son las personas atendidas quienes poseen una visión más global y completa sobre su proceso que la del personal que les atiende. Además, son las primeras interesadas en su bienestar y en los resultados de su proceso y su coraje y resiliencia pueden alentar al equipo sanitario. Por ello, a través de su participación activa pueden actuar como barrera de seguridad, contribuyendo a prevenir y/o detectar precozmente situaciones de riesgo y algunos de los fallos que se originen durante la asistencia sanitaria.

Existe consenso por parte de todos los organismos que trabajan para mejorar la Seguridad del Paciente al señalar a la participación e implicación de pacientes en su seguridad como una de las estrategias clave para prevenir los daños asociados

a la asistencia sanitaria, tal y como se refleja en sus diferentes planes de acción y programas de seguridad^{12,59}. Sin embargo, la implicación efectiva de pacientes en su seguridad aún está lejos de ser una realidad⁶⁰, identificándose barreras de diferente índole (organizativas, culturales, actitudinales, etc.) vinculadas tanto a las características del propio sistema como al del personal que lo integra y a las propias personas atendidas⁶¹⁻⁶³. Por ello, es necesario continuar trabajando para generar una cultura que apoye y favorezca su participación y colaboración, para promover estructuras y políticas de apoyo y asegurar que el propósito de la implicación de pacientes se ajuste a sus necesidades, preferencias y capacidades⁶⁴.

El grado de implicación de pacientes deberá ir aumentando de manera paulatina, desde la detección y comunicación de los fallos que detecte durante el proceso asistencial hasta la incorporación de su visión en la definición de políticas y estrategias de seguridad, pasando por su integración en los equipos de análisis y gestión de incidentes de seguridad.

Actualmente el compromiso y empoderamiento de pacientes son quizás las mejores herramientas para mejorar su propia seguridad. Pacientes, sus familias y personas cuidadoras aportan una perspectiva única y valiosa que no puede ser sustituida ni replicada por ningún otro agente del sistema sanitario.

ANTECEDENTES

En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria señala la participación ciudadana como uno de los principios informadores del Sistema Sanitario Público Vasco. Asimismo, el Libro Blanco de Democracia y Participación Ciudadana para Euskadi⁶⁵ subraya la necesidad de la participación ciudadana en el diseño de los servicios públicos, y específicamente en el ámbito de la salud como un elemento para la consolidación de un sistema sanitario de calidad que apueste por la prevención y fomente una cultura de salud. Más concretamente en el ámbito de la Seguridad del Paciente en nuestra comunidad, el Decreto 78/2016, de 17 de mayo, sobre las medidas de seguridad de los pacientes atendidos en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi establece la obligación de implantar planes de seguridad y sistemas de notificación de incidentes tanto en el ámbito público como privado, haciendo referencia específica a la posibilidad de que *“cualquier persona, sea profesional o usuaria del centro sanitario, pueda notificar incidentes sin daño relacionados con la asistencia sanitaria”*²¹.

Así, la implicación de pacientes, sus familias y personas cuidadoras constituye un elemento esencial en la mejora de la Seguridad del Paciente en Osakidetza y por ello en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 fue incluida como una línea de acción específica que ha tenido continuidad en la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20, pudiendo citarse como principales acciones realizadas:

- Diseño y divulgación en 2015 de una campaña de sensibilización enfocada a cinco áreas de riesgo con el objetivo de concienciar a la ciudadanía del importante papel que pueden desempeñar a favor de su seguridad. Fue reconocida como una iniciativa innovadora en nuestro entorno en relación a la implicación en su seguridad.
- Constitución de un grupo de trabajo corporativo en 2016 integrado por personal experto en Seguridad del Paciente, por profesionales del servicio de Integración Asistencial y Cronicidad (por la vinculación de la línea de acción con Osasun Eskola y el programa de Paciente Activo) y de Bioef (por su experiencia en el desarrollo de proyectos de implicación de la ciudadanía en el ámbito de la salud) al que posteriormente se han incorporado profesionales de otros servicios corporativos como Comunicación, Parte Hartu y Participación Ciudadana, así como pacientes y representantes de asociaciones de pacientes.
- Fruto de la reflexión de este grupo, se consensuó continuar promoviendo la sensibilización y formación de la ciudadanía en relación a la Seguridad del Paciente y cómo su participación e implicación pueden contribuir a mejorarla antes de afrontar nuevos retos. Con este objetivo se diseñó la campaña *“Participa en tu Seguridad”*.

Como punto clave de esta campaña puede señalarse la estrategia de comunicación utilizada para su despliegue, con la colaboración de personas líderes, maximizando su presencia en medios de comunicación y desarrollando acciones proactivas gracias a la colaboración del conjunto de profesionales de Osakidetza, alumnado de los Grados de Medicina y Enfermería, Ayuntamientos, Colegios Farmacéuticos, y Asociaciones de Pacientes, entre otros.



Figura 7. Cartel de la campaña “Participa en tu Seguridad”.

La mayoría de las acciones divulgativas de la campaña se han aglutinado en torno a la celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente (17 de septiembre), constituyendo las *“Semanas de la Seguridad del Paciente en Osakidetza”* llevadas a cabo en 2018 y 2019. Sin embargo, el objetivo es promover los mensajes de la campaña más allá de esta semana por la importancia y atemporalidad de sus recomendaciones.

Cabe mencionar que la implicación de pacientes, como área transversal y fundamental para promover la seguridad en nuestro sistema sanitario, se contempla también en el resto de las líneas de acción, enmarcándose en cada una de ellas acciones que persiguen implicar a pacientes, familias y personas cuidadoras en favor de su propia seguridad.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Promover la participación de pacientes, familiares y personas cuidadoras para mejorar la seguridad del sistema sanitario.

Objetivos específicos

1. Mejorar la formación y sensibilización de pacientes, familiares y personas cuidadoras en aspectos clave relacionados con la seguridad.
2. Potenciar las capacidades de pacientes, familiares y personas cuidadoras para actuar como barrera de seguridad durante sus contactos con el sistema sanitario.
3. Facilitar la comunicación de las situaciones de riesgo e incidentes de seguridad que pacientes, familiares y personas cuidadoras detecten durante el proceso asistencial.
4. Impulsar la participación de pacientes en el análisis y propuesta de medidas de mejora tras la ocurrencia de incidentes de seguridad.
5. Favorecer la participación de pacientes en los procesos y políticas relacionados con la Seguridad del Paciente.

ACCIONES

Para alcanzar los objetivos descritos anteriormente, además de impulsar y coordinar un grupo de trabajo específico, se plantean las siguientes acciones a desarrollar en este nuevo periodo estratégico:

1. En relación a la formación y sensibilización de pacientes, familiares y personas cuidadoras para promover su participación en seguridad:
 - Desarrollar actividades e iniciativas para la formación y sensibilización de pacientes, familiares y personas cuidadoras sobre los riesgos asociados a la atención sanitaria y cómo prevenirlos.
 - Impulsar la extensión a nivel corporativo de iniciativas y acciones formativas desarrolladas en las organizaciones de servicios dirigidas a la ciudadanía.
 - Fomentar programas de formación en seguridad dirigidos a pacientes, familias y personas cuidadoras.

- Incluir información relativa a Seguridad del Paciente en los planes de acogida a pacientes y en otros materiales destinados a pacientes, familiares y personas cuidadoras.
 - Diseñar estrategias de comunicación que permitan maximizar la difusión de mensajes tanto en los recursos de la organización como en los medios de comunicación.
 - Promover la inclusión de aspectos de Seguridad del Paciente en otros programas y plataformas corporativas, como “Paciente Activo”, “Carpeta de Salud”, etc.
 - Establecer alianzas con agentes comunitarios e identificar redes ya establecidas (Asociaciones de Pacientes, Redes Locales de Salud, etc.).
 - Evaluar los procesos de implicación de pacientes, familiares y personas cuidadoras en su seguridad y su impacto con el objetivo de reconocer los éxitos, identificar mejoras y refrendar la participación de pacientes.
2. Con el fin de potenciar las capacidades de pacientes, familiares y personas cuidadoras para actuar como barrera de seguridad durante sus contactos con el sistema sanitario:
- Utilizar las quejas y reclamaciones presentadas por pacientes como fuentes de información de incidentes de seguridad.
 - Valorar la información aportada por los pacientes en las sugerencias de mejora e incorporar aquellas barreras que puedan minimizar incidentes de seguridad.
 - Conocer la percepción de pacientes en relación a la seguridad durante su proceso asistencial (encuestas de satisfacción, encuestas específicas, etc.).
3. Con el objetivo de promover la participación de pacientes en la notificación, análisis y gestión de incidentes incluyendo su visión y experiencias:
- Desarrollar mecanismos que posibiliten la notificación de incidentes por parte de la ciudadanía.
 - Fomentar la participación de pacientes en los comités o grupos de seguridad de las organizaciones para la gestión de incidentes.
 - Establecer canales de comunicación con las asociaciones para incorporar sus propuestas.
 - Proporcionar retroalimentación del impacto de las mejoras implantadas gracias a sus aportaciones.

4. Para involucrar a la ciudadanía y favorecer su participación en los procesos y políticas relacionadas con la Seguridad del Paciente:

- Incluir a pacientes en foros y jornadas relacionadas con Seguridad del Paciente.
- Favorecer la participación de pacientes en grupos de trabajo relacionados con Seguridad del Paciente.
- Promover alianzas con asociaciones de pacientes y otros grupos de interés para desarrollar acciones conjuntas.
- Identificar estrategias de apoyo a la participación de pacientes.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje de organizaciones que han revisado sus planes de acogida incluyendo en ellos información sobre aspectos concretos de seguridad.
- Porcentaje de organizaciones que han realizado acciones de formación y sensibilización en materia de seguridad clínica dirigidas específicamente a pacientes.
- Porcentaje de organizaciones que han establecido alianzas con asociaciones de pacientes u otros grupos para desarrollar acciones conjuntas destinadas a mejorar la Seguridad del Paciente.
- Porcentaje de organizaciones que han realizado sesiones de formación en Seguridad del Paciente dirigidas específicamente a profesionales de los Servicios de Atención al Paciente y Usuario (SAPU).
- Porcentaje de organizaciones que han incorporado a pacientes en sus comités de seguridad y/o en los equipos de trabajo sobre temas relacionados con la Seguridad del Paciente.
- Existencia de un procedimiento consensuado para el tratamiento de las quejas y reclamaciones que puedan constituir una fuente de información sobre incidentes de seguridad.
- Número de quejas y reclamaciones analizadas con enfoque de seguridad por contener información relativa a incidentes de seguridad.
- Existencia de un programa/canal que posibilite la notificación de incidentes por parte de pacientes, familiares y personas cuidadoras.
- Número de incidentes de seguridad notificados por parte de pacientes a través del canal específico de comunicación.

L 5 Conciliación de la medicación

FUNDAMENTO

La conciliación de la medicación es el proceso formal y protocolizado de obtención de una lista completa y precisa de los medicamentos que previamente tomaba la persona atendida y su comparación con la medicación prescrita después de una transición asistencial, con el fin de detectar errores de conciliación y subsanarlos lo antes posible⁶⁶.

El proceso de conciliación de la medicación tiene como objetivo prevenir errores de medicación, evaluando sistemáticamente los medicamentos que toman las personas atendidas, prestando especial atención a las transiciones asistenciales⁶⁷. La presencia de errores de medicación en los diferentes escenarios asistenciales puede generar mayor morbilidad y mortalidad en pacientes, prolongar los ingresos hospitalarios y, por ende, un incremento en los costes económicos⁶⁸. Los errores de medicación más frecuentes son por omisión, comisión, administración de medicación a una persona equivocada, errores asociados a efectos adversos o alergias conocidas, problemas de conciliación o duplicidad de medicaciones⁶⁹.

Los estudios realizados en España sobre errores de medicación en las transiciones asistenciales permitieron corroborar la magnitud de este problema en nuestro país: hasta un 86,8% de pacientes pueden presentar algún error de conciliación al ingreso hospitalario y hasta un 63% al alta. El riesgo de error resulta ser mayor conforme aumenta el número de medicamentos que toman y el número de patologías crónicas⁷⁰.

Este proceso está sustentado y recomendado por múltiples organizaciones internacionales, como la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁷¹, el National Quality Forum (NQF)⁷², la Joint Commission⁷³ o la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS presenta el reto “Medication Without Harm”, en el marco del Global Patient Safety Challenge (GPSC), donde recomienda establecer actuaciones de mejora de la seguridad de la medicación en tres áreas prioritarias: las transiciones asistenciales, la polimedición inadecuada y las situaciones de alto riesgo. El objetivo es reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50% en 5 años⁷⁴.

A nivel estatal, promover el uso seguro del medicamento es uno de los objetivos de la línea estratégica de “Prácticas clínicas seguras” de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 – 2020, especialmente dirigida a pacientes con patología crónica polimeditados y pacientes de alto riesgo e instando a la colaboración de todas las personas implicadas (profesionales responsables de pacientes, pacientes/personas cuidadoras, farmacia comunitaria, etc.)¹².

Los programas de conciliación de la medicación han objetivado ser capaces de disminuir discrepancias no justificadas entre un 42-90% y la presencia de eventos adversos relacionados con la medicación en un 15-18%⁷⁵. Así como disminuir en un 50% aquellos errores de medicación que pueden causar un potencial evento adverso⁷⁶.

La elaboración de la Mejor Historia Farmacológica Posible facilita un mejor control y revisión de las medicaciones. La participación de pacientes y personas cuidadoras en la confirmación del tratamiento es fundamental para una detección precoz de estos errores⁶⁶. Para garantizar un adecuado proceso de conciliación de la medicación son importantes una buena historia medicamentosa al ingreso y una correcta conciliación de la medicación durante el ingreso. Otros elementos que favorecen una conciliación más precisa son la comunicación post alta entre el personal sanitario, la educación de la persona atendida y un adecuado seguimiento⁷⁷. Diversos estudios ponen en valor la función de los equipos de Farmacia liderando los procesos de conciliación de la medicación, objetivándose una mayor reducción de eventos adversos relacionados con la medicación en las visitas sucesivas tras el alta hospitalaria, visitas a los servicios de Urgencias y reingresos hospitalarios⁷⁷⁻⁸¹.

La importancia de la conciliación de la medicación en la Seguridad del Paciente durante las transiciones asistenciales justifica su incorporación como línea estratégica a la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza.

ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016, la conciliación de la medicación se abordó desde dos perspectivas diferenciadas: la identificación, comunicación y seguimiento de las mejoras necesarias en Presbide, la herramienta informática corporativa para la prescripción medicamentosa, de cara a facilitar el proceso de conciliación de la medicación y aumentar su seguridad general, y el desarrollo de un programa corporativo de conciliación de la medicación.

Se definió un decálogo de buenas prácticas sobre la utilización de Presbide. En él se recogen como buenas prácticas, entre otras, el disponer de una historia farmacoterapéutica revisada y actualizada, interrogar a la persona atendida sobre las últimas modificaciones introducidas en su medicación habitual, aclarar dudas al respecto del tratamiento que está tomando, tener en cuenta los antecedentes de alergias, intolerancia o efectos adversos y valorar el listado completo de la medicación previa, confrontándola con la hoja farmacoterapéutica después de cada transición asistencial.

Durante el desarrollo de esta línea de trabajo tuvimos la oportunidad de participar en el proyecto PaSQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care), acción cooperativa con el objeto de promover la Seguridad del Paciente en la Unión Europea y facilitar el intercambio de experiencias entre los Estados Miembros y otras organizaciones interesadas en aspectos relacionados con la

calidad asistencial y la Seguridad del Paciente, haciendo especial hincapié en la participación de pacientes. Se inició en abril de 2012, organizada a través de 7 Work Package (WP). El WP5 estaba dirigido a la implementación de buenas prácticas en Seguridad del Paciente, y una de las prácticas priorizadas fue la conciliación de la medicación. La implementación se desarrolló entre noviembre de 2013 y octubre de 2014, con un periodo posterior de extensión.

Tras la finalización del proyecto, se retomó la definición de un programa corporativo de conciliación de la medicación, aprovechando el aprendizaje que había supuesto el proyecto PaSQ.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2020 se planteó de nuevo esta línea de trabajo con la definición de una nueva perspectiva y una reestructuración del grupo de trabajo.

Aunque se encuentra pendiente el desarrollo del programa corporativo, a nivel de las organizaciones se ha seguido trabajando en conciliación de la medicación, con variabilidad entre unas y otras en cuanto a las poblaciones diana, los momentos en los que se realiza la conciliación y la medición de resultados.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Desarrollar un programa corporativo de conciliación de la medicación, con la colaboración del Servicio de Farmacia y de la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información, estableciendo los puntos críticos de las transiciones asistenciales.

Desplegar el programa corporativo de conciliación de la medicación en todas las Organizaciones de Servicios de Osakidetza.

ACCIONES

Para alcanzar los objetivos propuestos, se plantean las siguientes acciones:

- Implicar a las Direcciones en la toma de decisiones y en el liderazgo para el desarrollo de los programas de conciliación de la medicación.
- Implicar en los programas de conciliación tanto a la Atención Primaria como a la Atención Especializada, dentro del marco de integración asistencial.
- Reestructurar grupos de trabajo multidisciplinares y multicéntricos para retomar el desarrollo del programa corporativo de conciliación de la medicación.
- Identificar herramientas informáticas que faciliten las labores de conciliación y sean extensibles a todas las organizaciones.

- Definir por consenso las transiciones asistenciales que requieren actuación prioritaria, principalmente el ingreso y el alta hospitalaria.
- Garantizar una revisión estructurada de la medicación y un seguimiento de pacientes después del alta, en colaboración con profesionales de Atención Primaria.
- Conciliar la medicación tanto al alta hospitalaria como en el seguimiento en Atención Primaria o en centros sociosanitarios, después de recibir atención en los servicios de urgencias o consultas externas.
- Involucrar a pacientes y familiares o personas cuidadoras en el proceso de conciliación de la medicación, y facilitar la disposición de una lista actualizada de su medicación para que la lleven consigo siempre que soliciten asistencia sanitaria.
- Destinar recursos humanos suficientes para las diferentes tareas, con una asignación de funciones específica y de responsabilidades y con una formación adecuada para realizar la actividad.
- Revisar indicadores de evaluación de esta línea de acción de cara a homogeneizar la recogida de los datos y permitir un análisis global, representativo y adecuado para extraer conclusiones.
- Evaluar de forma periódica el grado de implantación del proceso de conciliación y su impacto en términos de mejora de la Seguridad del Paciente.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

Los indicadores que se plantean de cara a homogeneizar la recogida de información y el seguimiento son los siguientes:

- Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales de pacientes revisado y actualizado.
- % de pacientes de la población diana con conciliación de la medicación (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado).
- Discrepancias no justificadas (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado).

L 6 Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante

FUNDAMENTO

Desde el año 2010 Osakidetza viene desarrollando acciones con el objetivo de promover la optimización en el uso de las pruebas que utilizan radiación ionizante. Los esfuerzos se han centrado en la racionalización del uso de estas pruebas, sensibilizando en materia de protección radiológica tanto a las personas que prescriben como al personal de radiología y poniendo a su disposición la información necesaria sobre las dosis acumuladas por cada paciente.

Es de destacar que en nuestro entorno los principios de la protección radiológica de la población están regulados por ley: Directiva 2013/59/Euratom del Consejo Europeo, Real Decreto 1976/1999, Real Decreto 783/2001, Real Decreto 1439/2010, Real Decreto 815/2001, Real Decreto 601/2019, normativas que ponen de relieve la necesidad de justificar la exposición médica a radiaciones, incluida la de personas asintomáticas, de proponer requisitos más estrictos en cuanto a la información que debe proporcionarse, del registro y la notificación de las dosis de los procedimientos médicos, así como del uso de niveles de referencia de dosis para el diagnóstico⁸²⁻⁸⁷.

La minimización del riesgo es prioritaria en aquellos grupos de población que son más vulnerables al efecto de la radiación: la población pediátrica y las mujeres embarazadas. Además, debe tenerse especialmente en cuenta ante la solicitud y realización de aquellas pruebas que suponen la emisión de mayores dosis de radiación, como son los TAC o la radiología intervencionista.

Las pruebas que utilizan radiación ionizante constituyen una herramienta diagnóstica de primera línea en el modelo asistencial actual, pero ello también implica la asunción de un riesgo, por lo que debe imponerse el principio de minimizar ese riesgo sin comprometer los beneficios que aporta la realización de dichas pruebas.

Este principio de minimización del riesgo se apoya en dos pilares:

- La selección razonable de las situaciones en las que se utiliza cada prueba, es decir, una adecuada justificación de la misma.
- La optimización de la dosis empleada, de tal forma que pueda obtenerse una información diagnóstica suficiente sin que se someta a la persona atendida a una exposición a dosis innecesariamente altas.

La evidencia disponible nos ha hecho conscientes de los riesgos inherentes a la acumulación de dosis de radiación a lo largo de la vida, lo que ha derivado en una búsqueda de imágenes con la calidad suficiente para el diagnóstico pretendido, cuidando las dosis de radiación emitidas durante la realización de las pruebas. De esta manera, las últimas innovaciones en los equipamientos de radiodiagnóstico están permitiendo alcanzar reducciones en las dosis de entre un 20 y un 50%.

En base a todo lo expuesto, una adecuada gestión para la minimización del riesgo que supone el empleo de pruebas que utilizan radiación ionizante pasa por:

- Realizar pruebas debidamente justificadas.
- Aprovechar los avances en los equipamientos de radiodiagnóstico.
- Adecuar los protocolos en base a la indicación clínica, la edad y el peso del sujeto a estudiar, evitando la variabilidad.

ANTECEDENTES

La inclusión de una línea de acción específica en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016 y en la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 ha servido para dar un impulso adicional a la optimización en el uso de pruebas que utilizan radiación ionizante.

ACCIONES 2013–2016

- Creación del primer grupo referente corporativo de Seguridad del Paciente en el uso de radiaciones ionizantes.
- Elaboración y distribución de fascículo informativo “Proyecto de optimización del uso de las radiaciones ionizantes en pediatría”.
- Realización de sesiones de sensibilización sobre la necesidad de justificar las pruebas radiológicas en los servicios de pediatría.
- Optimización de protocolos realizada en la OSI Bilbao Basurto relacionada con el ajuste de dosis tras su revisión en el tratamiento de la hidrocefalia.



Figura 8. Proyecto de optimización del uso de las radiaciones ionizantes en pediatría.

- Incorporación en la historia clínica electrónica del registro de indicadores de dosis de diferentes pruebas TAC en el Historial dosimétrico de Osabide Global.
- Incorporación del sistema de explotación de los datos referidos a dosis de diferentes pruebas para profesionales de los servicios de Radiología y Radiofísica.
- Participación a nivel estatal Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) de la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces en el pilotaje del proyecto para el desarrollo de la matriz de riesgos en los Servicios de Radioterapia (MARR).

ACCIONES 2017-2020

- Creación de grupos referentes con profesionales de los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear respectivamente.
- Realización de sesiones de sensibilización en las organizaciones de servicio dirigidas a profesionales de los servicios de Radiología, Pediatría y otro personal prescriptor.
- Incorporación del volcado de dosis utilizadas en las mamografías en el Historial dosimétrico de Osabide Global.
- Adecuación de la práctica clínica relacionada con los criterios de solicitud para la radiología preoperatoria.
- Implantación de los nuevos aceleradores lineales 2018 – 2020 en las OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces, Donostialdea, Araba y Bilbao Basurto.
- Desarrollo de la matriz de riesgo en el Servicio de Radioterapia (MARR) en la OSI Donostialdea como proyecto BOTTON UP con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.
- Desarrollo del catálogo corporativo para la radiología intervencionista.
- Pilotaje de los Servicios de Urgencias y Radiodiagnóstico de la OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces relacionado con la justificación, indicaciones de TAC y su recogida en la aplicación informática.

La optimización en la prescripción de las pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante continúa siendo una línea importante a desarrollar en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2030, en la que se pone especial énfasis en Osakidetza, teniendo en cuenta que las exposiciones médicas accidentales constituyen un motivo de preocupación constante que se desarrolla y recoge en la ley que regula los principios de la protección radiológica.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

- Promover la detección y prevención de los eventos adversos causados por radiaciones ionizantes.
- Promover acciones para la optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas en las que se utilizan radiaciones ionizantes, tanto en menores como en personas adultas.
- Promover la aplicación de protocolos específicos consensuados para la realización de pruebas con radiación ionizante, para el conjunto de la organización, con el fin de reducir la variabilidad.
- Explotar los datos acumulados en el historial dosimétrico para ajustar las dosis de radiación necesaria de manera eficiente.

A continuación, se recogen diferentes acciones a desarrollar en los Servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear:

- Los criterios de justificación de las exposiciones médicas deberán constar en los correspondientes programas de garantía de calidad de las Unidades asistenciales de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear, así como de otras unidades asistenciales que realicen procedimientos de radiología intervencionista.
- Mantenimiento de los grupos referentes con profesionales de los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear respectivamente.
- Fomentar el aprendizaje compartido entre organizaciones de los eventos adversos y sucesos centinelas.
- Establecer y promover la elaboración y difusión de una guía de indicaciones para la correcta solicitud de las pruebas de diagnóstico por imagen.
- Facilitar información previa a pacientes sobre los riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes (consentimiento informado verbal/ escrito y registro de actividades en historia clínica).
- Mejorar la información que se aporta a las personas que prescriben en relación con las dosis efectivas de las pruebas diagnósticas recibidas por las personas atendidas.
- Incorporar las dosis emitidas en el Historial Dosimétrico de los servicios de radiología intervencionista, radioterapia y medicina nuclear.

- Establecer protocolos de seguimiento en pacientes que han recibido altas dosis de radiaciones en procedimientos intervencionistas para las pruebas diagnósticas y tratamientos con radiaciones ionizantes.
- Facilitar la formación de profesionales para la actualización de conocimientos, cultura de seguridad y técnicas de comunicación.
- Revisar periódicamente la adecuación del equipamiento para garantizar la menor radiación ionizante posible en los procedimientos diagnósticos, así como distribuciones optimizadas en radioterapia.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

Se medirán los indicadores de proceso, tras las auditorías de calidad realizadas en cada Servicio de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear. Y como indicadores de resultado en Seguridad del Paciente los relacionados con los incidentes de seguridad, eventos adversos y sucesos centinela de cada organización de servicios.

L 7 Seguridad transfusional

FUNDAMENTO

La justificación de la existencia de esta línea estratégica definida en las anteriores estrategias de Seguridad del Paciente no ha variado de forma significativa. Se han producido ligeras variaciones, tanto en donación como en transfusión de componentes, debido fundamentalmente al envejecimiento de nuestra población, a las consecuencias de la globalización en la selección de donantes, o al cambio de perfil en personas receptoras debido a la mejora tecnológica y de conocimiento en la asistencia sanitaria. En la Comunidad Autónoma Vasca, la donación de sangre y tejidos, así como la recepción / implante de componentes sanguíneos y tejidos / células, sigue afectando a alrededor de 100.000 personas cada año. El impacto que el manejo de estos productos tiene en la Salud Pública de la Comunidad es aún mayor debido a la aparición y/o acercamiento de infecciones emergentes como Zika o Virus del Nilo Occidental. Seguimos evaluando los potenciales incidentes y efectos adversos que pueden ocasionarse a las personas receptoras de estos productos de forma puntual, declarando su presencia de acuerdo a los circuitos regionales, estatales e internacionales establecidos y tomando medidas para su minimización mediante la correcta selección de las personas donantes, y los apropiados procesamiento, análisis, almacenamiento y distribución. Los incidentes más conocidos están relacionados con la transmisión de agentes infecciosos (la globalización y la facilidad actual en los viajes provoca que la aparición de cualquier brote epidémico se convierta rápidamente en una alerta mundial) y los accidentes inmunológicos, pero sin obviar el creciente riesgo que supone la no implantación de medidas de Seguridad en la identificación de muestras, personas y documentos en cualquiera de las etapas del procedimiento de transfusión y/o implante.

Por ese motivo, durante los últimos años se ha procedido a desarrollar e implantar un procedimiento corporativo transfusional cuya instauración está finalizada. El procedimiento incluye la automatización equivalente de los equipos de laboratorio de transfusión, la implantación de sistemas de información comunes que permiten la disponibilidad inmediata de toda la información relevante en todos los centros, la incorporación de tecnologías de última generación en las etapas de identificación, o la puesta en marcha de una solicitud electrónica de componentes sanguíneos asistida incorporada en Osabide Global para mejorar el procedimiento de prescripción. La siguiente parte del procedimiento se incorporará en los dos próximos años y consiste, fundamentalmente, en la implantación de tecnología OBI (Oracle Business Intelligence) como herramienta para mejorar el conocimiento de las indicaciones transfusionales e iniciar procesos de benchmarking entre nuestros centros hospitalarios que nos permitan mejorar la calidad transfusional y optimizar la disponibilidad de componentes⁸⁸.

Seguimos teniendo muy en cuenta lo importante que es evitar los efectos adversos en donantes, ya que su aparición o incorrecto manejo puede provocar desconfianza en el sistema de donación. Por ese motivo se dispone de un procedimiento de seguimiento personalizado por nuestro personal sanitario en todos los casos y hasta la resolución del incidente.

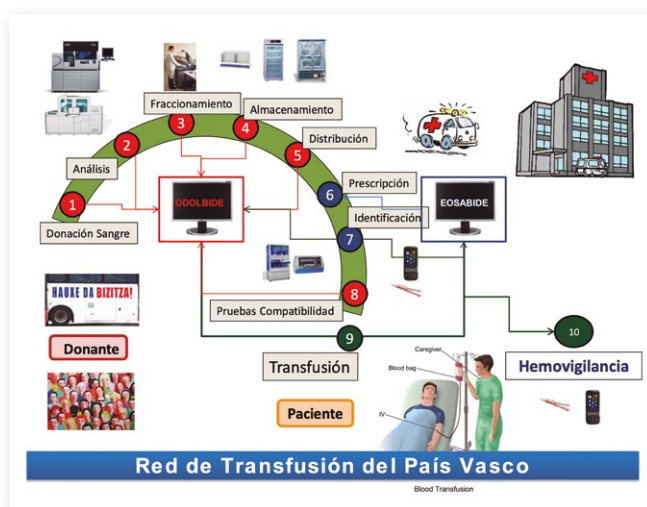


Figura 9. Proceso común de transfusión de sangre en el Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.

ANTECEDENTES

La constante revisión e incorporación de medidas actualizadas de Seguridad en la obtención y utilización de sustancias sanguíneas de origen humano, continúa siendo vital en nuestro Sistema de Salud durante las últimas décadas. Se trata de medidas organizativas tales como la instauración incondicional de la donación voluntaria y no remunerada (concepto que hay que defender continuamente ante la aparición constante de alarmas que pueden hacer peligrar su universalización); medidas clínico-epidemiológicas de revisión continuada de la selección de donantes a través de las instituciones europeas dedicadas a la prevención y control de enfermedades infecciosas; medidas de control analítico en la detección de agentes infecciosos (últimas tecnologías en su detección directa e indirecta), y de rendimiento e idoneidad de los componentes obtenidos; medidas destinadas a la correcta elaboración de los productos mediante GMP (Good Manufacturing Practice); o medidas destinadas a implantar Sistemas de Calidad en el conjunto de la actividad de nuestros centros. En la actualidad nos encontramos pendientes de la trasposición de la nueva directiva europea relativa a la instauración de medidas de producción e inspección muy similares a las vigentes en la industria farmacéutica.

Como ya se ha señalado en las anteriores estrategias, todas estas medidas se definen en las normas y estándares en vigor de ámbito europeo desde el momento en que la libertad de movimientos de bienes y personas en el espacio europeo

se convirtió en una realidad, forzando a las instituciones a la incorporación de estos productos al campo de la Salud Pública y a su control supranacional⁸⁹⁻⁹². Consiguientemente, los programas de Hemovigilancia y Biovigilancia se han convertido en esenciales para el conocimiento y la toma de decisiones comunes y específicas para los estados miembros de la UE. Como se ha comentado en el anterior párrafo, en la segunda mitad de 2021 se ha iniciado el procedimiento de revisión de la legislación europea que deberá ser traspuesta a las normativas nacionales en los próximos años.

DESARROLLO ACTUAL

Del análisis de actividad del Sistema de Hemovigilancia de la Comunidad Autónoma Vasca, durante los años precedentes, puede concluirse de forma global:

- Se registran, como media, alrededor de 400 informes procedentes de los 23 hospitales (públicos y privados) pertenecientes a la Comunidad. La inmensa mayoría de ellos se consideran leves y sin afectación significativa para la salud de personas receptoras y donantes.
- Los hospitales deben declarar sus notificaciones de acuerdo a los formularios establecidos por la Autoridad Competente y las instrucciones de la Unión Europea. En caso de no existir incidentes, debe comunicarse también tal extremo con el fin de garantizar que el sistema está en vigor y funcionando.
- No se han producido recientemente confirmaciones de casos de transmisión de virus, ni de parásitos, ni de bacterias a través de la transfusión. Sin embargo, esto no quiere decir que no existan, por lo que se ha de mantener la vigilancia estricta, así como extremar las medidas de garantía de trazabilidad.
- Hasta ahora, el mayor número de casos comunicados corresponde a los “casi incidentes” y el motivo más frecuente se relaciona con la extracción de las muestras, o identificación de pacientes. Con la reciente instauración de sistemas tecnológicamente orientados a minimizar esta cuestión, se ha confirmado una importante reducción de este tipo de incidentes, pero también ha permitido el registro de otros nuevos anteriormente no detectados.
- Sigue siendo imprescindible, sin embargo, el registro y la notificación de estos “casi incidentes”, ya que son errores que han sido detectados antes de que hubiera una posible complicación, y así se pueden analizar y corregir las deficiencias de la cadena transfusional que pueden dar lugar a un evento adverso transfusional. Son asimismo orientativos sobre la calidad de ciertos procedimientos rutinarios hospitalarios.

- La formación del personal sanitario, así como la informatización (incorporación de alertas, o la propia prescripción en la historia clínica electrónica) en el proceso de la transfusión mejorará la Seguridad para la persona enferma y ayudará a la disminución de los errores en la selección de los componentes.
- Sigue habiendo diferencias en la información comunicada de las reacciones adversas de la transfusión procedente de los hospitales de características similares, lo que podría sugerir que la identificación de las reacciones adversas sea diferente o no comunicada. Este extremo se ha reducido considerablemente al utilizar de forma rutinaria las tecnologías comunes hasta ahora comentadas.
- Hay que lograr mayor participación de Hospitales de la red privada. Procurando una mayor comunicación e información del sistema de Hemovigilancia. Por ello, se pretende que en los próximos años todos los centros participen de los sistemas de información comunes que ayuden a conseguir la auténtica y universal equidad transfusional.

OBJETIVOS

1. Efectuar la actualización periódica de los criterios de selección en base a las variaciones epidemiológicas y demográficas de la comunidad. En colaboración con la Dirección de Salud Pública del Departamento de Salud y en sintonía con los documentos elaborados periódicamente por el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) de la Unión Europea.
2. Minimizar el riesgo residual en transmisión de enfermedades infecciosas mediante la fidelización de personas donantes seguras y la incorporación de tecnologías automatizadas de la máxima sensibilidad en la detección de marcadores: serología viral y de parásitos, detección genómica viral, detección bacteriana, etc. Agentes implicados: VHB, VHC, VIH, HTLV I y II, *Treponema pallidum*, *Trypanosoma cruzi*, paludismo, virus del Nilo Occidental o citomegalovirus. Mención especial puede merecer la vigilancia de situación del virus de la hepatitis E.
3. El riesgo de transmisión infecciosa a través de plaquetas se verá aún más minimizado tras la puesta en marcha de técnicas de reducción de patógenos (tratamiento con amotosaleno e irradiación lumínica) iniciado en julio de 2020.
4. Minimizar el riesgo de accidentes inmunológicos mediante el correcto tipaje de donantes y componentes y la implantación de tecnologías corporativas destinadas a incrementar la Seguridad transfusional disminuyendo los errores de identificación asociados a las diferentes etapas del proceso, medida ya prácticamente instaurada, tal y como se ha comentado anteriormente.

5. Estimular la incorporación hospitalaria de medidas de uso óptimo PBM (Patient Blood Management) como requisitos básicos de primera línea para la Seguridad del Paciente⁹³. Una de las herramientas más válidas ha sido la implantación, también corporativa, de la SOLICITUD ELECTRÓNICA asistida que permite disponer de conocimientos exactos sobre la calidad y hábito transfusional de los servicios hospitalarios como primera medida para ayudar a los profesionales a mejorar la asistencia transfusional, transfundiendo únicamente en los casos necesarios y, por otro lado, evitar posibles situaciones de infratransfusión. Como se ha comentado, la utilización de OBI-OAS en el futuro próximo será una herramienta básica en la correcta instauración de PBM.
6. Consolidar los programas de vigilancia, como fuente de conocimiento en la toma de decisiones, y estimular la declaración de incidentes, con o sin efecto en pacientes y donantes, a través de los cauces ya establecidos⁹⁴. Los programas de vigilancia incorporan: Hemovigilancia (componentes sanguíneos), Biovigilancia (células y tejidos), Materiovigilancia (material y equipamiento relacionado con la producción y manejo de sustancias de origen humano), o Farmacovigilancia (en lo relativo a derivados plasmáticos de producción farmacéutica procedentes de plasma humano de donantes comunitarios).

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Número de reacciones adversas (alérgicas, febriles, TRALI, hemolíticas, aloinmunización, enfermedad injerto contra huésped, púrpura transfusional, infección bacteriana, infección vírica, infección parasitaria, edema de pulmón cardiogénico, hemosiderosis, efectos adversos graves en donantes de sangre).
- Número de casi incidentes.
- Porcentaje de reacciones adversas (sobre componentes transfundidos).
- Número de unidades transfundidas (hematíes, plaquetas, plasma).

L 8 Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

FUNDAMENTO

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) son aquellas infecciones que la persona puede contraer como consecuencia de la asistencia o atención sanitaria recibida en un centro asistencial, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario⁹⁵.

Hablamos de infección nosocomial en aquellas infecciones ocurridas durante la hospitalización que no se estaban incubando o no estaban presentes al momento del ingreso de la persona en el hospital, o cualquier infección que haya sido adquirida en el hospital y se manifieste una vez de alta⁹⁶.

Las IRAS continúan siendo un importante problema de Salud Pública y un reto para los sistemas sanitarios, a pesar de todos los avances y esfuerzos que se vienen realizando desde hace muchas décadas para prevenir su aparición y disminuir su incidencia. Entre los factores que contribuyen se encuentra el envejecimiento de la población, el compromiso de la inmunidad en determinados grupos de riesgo, la cada vez mayor instrumentalización de la asistencia sanitaria, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico o el desarrollo de bacterias resistentes a los antibióticos. La aparición y propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos se ha convertido en un grave problema para la Salud Pública a nivel mundial. Los tratamientos habituales se vuelven ineficaces, las infecciones persisten y pueden transmitirse a otras personas, incrementan la morbilidad con gran repercusión sobre la calidad de la asistencia y sobre los costes de la atención sanitaria⁹⁷.

Un estudio realizado en 2016-2017 por el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) en los países de la Unión Europea estima que, al año, se producen 8,9 millones de IRAS en el conjunto de hospitales y centros de larga estancia. En un día, una de cada 15 personas ingresadas y 1 de cada 26 residentes de los centros de larga estancia presentan una IRAS. Una de cada tres bacterias asociadas con IRAS era resistente a los antibióticos⁹⁸⁻⁹⁹. Un 50% de estas IRAS se podrían prevenir.

A nivel estatal, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto Carlos III (ISCIII) ha publicado los resultados de la Encuesta de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos en los hospitales de España realizada en 2018-2019. Los resultados de este estudio muestran que el 7% de las personas ingresadas presentan, al menos, una IRAS. El 68,7% de las IRAS fueron adquiridas en el presente ingreso¹⁰⁰.

Las IRAS son uno de los eventos adversos más frecuentes en pacientes en hospitalización. Los resultados del Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) realizado en el año 2005, recogen que el 25,3 % de los eventos adversos estaban relacionados con la infección nosocomial y de ellos el 56,6% se consideraron evitables³. En el estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS) realizado en 2007 el 8,4% de los eventos adversos estaba relacionado con las IRAS⁴.

La vigilancia y control de las IRAS son componentes críticos de la Seguridad del Paciente y una prioridad de las políticas de calidad y Seguridad del Paciente. Los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) desarrollaron en los años 70 el proyecto SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) con el objetivo de valorar la efectividad de los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial (IN) en EE. UU. Los resultados mostraron que, alrededor del 32% de las infecciones nosocomiales podrían evitarse si se adoptasen programas eficaces de control de la infección y que la vigilancia activa es un componente esencial en los programas de control de infecciones¹⁰¹⁻¹⁰².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de Seguridad del Paciente a nivel mundial. El primer reto que se ha desarrollado en este marco está orientado a prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria¹⁰³. La campaña “Una atención limpia es una atención más segura” ha fomentado la higiene de manos en la atención sanitaria como una medida fundamental para reducir las IRAS y mejorar la Seguridad del Paciente en todos los ámbitos asistenciales¹⁰⁴.

En Europa, la Recomendación del Consejo Europeo del 9 de junio de 2009 en Seguridad del Paciente, incluyendo la prevención y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (2009/ C151/01), insta a los países de la Unión Europea a adoptar y aplicar una estrategia de prevención y control de las IRAS¹⁰⁵.

La prevención de las IRAS es una de las líneas priorizadas en la Estrategia en Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se desarrolla desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas. Entre las buenas prácticas desarrolladas destacan el Programa de Higiene de Manos, y los programas de seguridad realizados en las Unidades de Cuidados Intensivos: Bacteriemia Zero, Neumonía Zero y Resistencia Zero¹².

Las resistencias a los antimicrobianos son un problema a nivel mundial y una prioridad para la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea, que han establecido planes de acción frente a este problema.

El Grupo de Trabajo Transatlántico sobre Resistencia a los Antimicrobianos (The Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance TATFAR) se crea en 2009 con el objetivo de mejorar la cooperación entre los Estados Unidos y la

Unión Europea, compartiendo esfuerzos y conocimiento en tres áreas clave: el uso terapéutico apropiado de antimicrobianos tanto en el ámbito médico como en el veterinario; la prevención de las infecciones producidas por microorganismos resistentes a los antibióticos, tanto comunitarias como asociadas a la asistencia sanitaria; y establecer estrategias para la mejora en el desarrollo de nuevos fármacos antimicrobianos¹⁰⁶⁻¹⁰⁷.

En Europa instituciones como el Parlamento Europeo y la Comisión Europea establecen la necesidad de desarrollar una estrategia común europea para valorar y afrontar el problema del desarrollo de resistencia a los antibióticos¹⁰⁸⁻¹⁰⁹. La Decisión nº 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo del 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud, incluye a las “Resistencias antimicrobianas e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria relacionadas con enfermedades transmisibles” entre las amenazas de origen biológico sobre las que se aplicarán medidas de salud pública¹¹⁰.

Con objeto de dar cumplimiento a la Comunicación de la Comisión Europea por la que se solicita a los Estados miembros un plan de acción sobre resistencias a los antibióticos, desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se inicia en 2014 el desarrollo del “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”¹¹¹. El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), en el que participa nuestra Comunidad, es un plan integral que incluye las áreas de salud humana, sanidad animal y medioambiente, y que tiene como objetivo reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencia a los antibióticos y, en consecuencia, reducir el impacto de este problema sobre la salud. En 2019 se publicó el nuevo PRAN para el periodo 2019-2021 de cara a seguir avanzando en los objetivos propuestos y en el que se plantean dos estrategias generales: reducir el consumo de antibióticos y disminuir la necesidad de utilizar antibióticos en medicina humana y veterinaria⁹⁷.

ANTECEDENTES

En Osakidetza, la prevención y el control de las IRAS han sido objetivos prioritarios para el conjunto del sistema sanitario de nuestra Comunidad desde hace más de dos décadas¹¹³. La disminución de las IRAS ha sido uno de los objetivos de los diferentes planes de salud y planes estratégicos desarrollados en la Comunidad Autónoma Vasca y para ello se han puesto en marcha diferentes líneas de trabajo, programas y proyectos:

- El Plan INOZ, (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana - Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales) enmarcado actualmente en el programa corporativo de Seguridad del Paciente de Osakidetza.

- Prevención de las IRAS en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Resistencia Zero, Infección Tracto Urinario Zero.
- El control de las resistencias antimicrobianas, en las que se incluyen las resistencias antibióticas. El desarrollo de programas de promoción del uso prudente de antibióticos, en el marco del desarrollo del “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos” es una de las líneas de trabajo incluidas en la Estrategia de Seguridad de Osakidetza.

PLAN INOZ

El Plan INOZ se inició en el año 1990, debido a la necesidad de poner en marcha el desarrollo de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales de Osakidetza, con los objetivos fundamentales de disminuir la frecuencia de las infecciones nosocomiales y desarrollar planes de vigilancia y control de la infección nosocomial en los hospitales de Osakidetza.

En 1991 se creó la Comisión INOZ, responsable del desarrollo del Plan INOZ, formada por profesionales referentes en materia de infección nosocomial en la red de Osakidetza, y comité asesor en esta materia de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Fruto del trabajo de este grupo se elaboraron diversas guías de referencia en el control de la infección nosocomial: “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” en 1994 y 1997¹¹⁴⁻¹¹⁵ y el “Libro blanco de la infección nosocomial” en 1997¹¹⁶.

Actualmente la Comisión INOZ está integrada por profesionales de medicina y enfermería responsables de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial en los hospitales de Osakidetza y por profesionales de la Dirección de Asistencia Sanitaria. Se reúne de forma periódica y entre sus funciones se encuentra plantear objetivos y estrategias para la vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y establecer actuaciones y líneas de acción en relación con los resultados obtenidos de los sistemas de vigilancia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

SISTEMA DE VIGILANCIA INOZ

El programa de vigilancia INOZ tiene una amplia trayectoria en nuestra Comunidad. A partir del primer estudio de incidencia de infección nosocomial realizado en 1990 en nuestra Comunidad, se establece como un objetivo prioritario la disminución de las infecciones nosocomiales en los hospitales

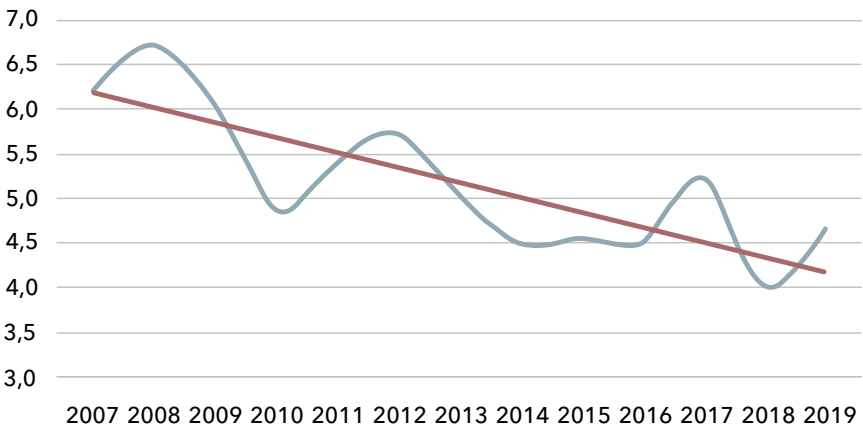
de Osakidetza. Se crea una Unidad de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial a nivel central con el fin de realizar estudios conjuntos y comparables y canalizar los esfuerzos para el desarrollo de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial.

La vigilancia de la infección nosocomial se realiza actualmente a través de estudios de incidencia y de estudios de prevalencia. En los estudios de incidencia de infección de localización quirúrgica, los procedimientos a monitorizar, así como los estándares a conseguir, se determinan por el grupo de trabajo INOZ. Los procedimientos que se vienen monitorizando son la cirugía electiva de colon-recto (desde 2001), la cirugía protésica de cadera y de recambio de prótesis de cadera (desde 2005) y la cirugía protésica de rodilla y de recambio de prótesis de rodilla (desde 2011). Los estudios de incidencia se realizan anualmente en el periodo determinado por el Contrato Programa. Además de los estudios corporativos comentados, cada hospital realiza a lo largo del año diferentes estudios de incidencia de infección nosocomial en función de su interés, bien sobre otro tipo de procedimiento, por ejemplo: cirugía cardíaca, en algún servicio específico, por ejemplo: reanimación, o relacionados con algún dispositivo.

En relación a los estudios de prevalencia, desde el año 1990 se realiza anualmente el Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (estudio EPINE). Como se puede observar en el siguiente gráfico, la prevalencia de pacientes con infección nosocomial muestra una tendencia descendente.

Gráfico 3.

Prevalencia de pacientes con infección nosocomial Osakidetza (%).



En el año 2018 se puso a disposición de los profesionales una nueva herramienta informática para la vigilancia de los estudios de incidencia INOZ.



Figura 10. Pantalla de acceso a plataforma INOZ.

Los indicadores de infección nosocomial para el Contrato Programa, acordados anualmente entre las Delegaciones Territoriales del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y las organizaciones de servicios de Osakidetza, son propuestos por el grupo de trabajo INOZ al Departamento de Salud que es, en última instancia, quién determina los indicadores a incluir. Los indicadores de infección nosocomial incluidos en los últimos Contrato Programa son:

- Incidencia de pacientes con infección de la herida quirúrgica profunda y de órgano, en cirugía electiva colorrectal con seguimiento a 30 días.
- Incidencia de pacientes con intervención para implantación de una prótesis de cadera con seguimiento a 90 días y que sufren una infección postoperatoria de herida quirúrgica.
- Incidencia de pacientes con intervención para implantación de una prótesis de rodilla, con seguimiento a 90 días, y que sufren una infección postoperatoria de herida quirúrgica.

PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (PVPCIN)

En 1999, por iniciativa de la Comisión INOZ, nacen los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) de los hospitales de Osakidetza¹¹⁷. Incluyen el conjunto de requisitos técnicos relacionados con actividades de prevención, vigilancia y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria, dirigidos a minimizar el impacto de la infección hospitalaria sobre la Seguridad del Paciente. Desde el año 2000 y de forma periódica se realizan evaluaciones de los PVPCIN. En ellas se revisan siete áreas que incluyen criterios relacionados con la vigilancia, la prevención y el control de la infección nosocomial: Enfoque y estructura del plan, Bioseguridad ambiental, Proceso asistencial, Limpieza, desinfección y esterilización, Infección hospitalaria, Resultados en infección, Otros aspectos relacionados con la infección (Adquisición de productos, equipamiento y material sanitario y Educación sanitaria).

La autoevaluación y evaluación de los PVPCIN es una herramienta que permite detectar los puntos críticos de cada organización de servicios y establecer áreas de mejora con el fin de prevenir y controlar las IRAS.

HIGIENE DE MANOS

La higiene de manos es la medida individual más efectiva para prevenir y reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en todos los ámbitos asistenciales.

En el año 2005, la OMS lanzó el primer reto mundial por la Seguridad del Paciente, "Clean Care is Safer Care" (Una atención limpia es una atención más segura). Uno de los componentes fundamentales de este programa es la campaña "Save lives: Clean your hands" (Salve vidas: lávese las manos), destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sanitario.

Desde el año 2008, nuestra Comunidad participa en el Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud que se desarrolla en el marco de este primer reto mundial. Los objetivos generales del programa son mejorar la higiene de manos del personal, pacientes y familiares con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y promover el desarrollo de la estrategia de higiene de manos de la OMS. Para ello, se creó en Osakidetza un Grupo de trabajo de Higiene de Manos y actualmente todas nuestras organizaciones disponen de profesionales referentes en higiene de manos.

Entre las actividades que se han realizado destacar:

- Publicación de la "Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios"¹¹⁸.
- Puesta en marcha de la Campaña de higiene de manos en Osakidetza.
- Formación de referentes en higiene de manos.
- Curso on line en higiene de manos para profesionales de Osakidetza: se ha puesto a disposición de todo el personal en la plataforma Jakinsarea, coordinada por el Servicio de Formación corporativo, del "Curso sobre la higiene de manos durante la atención sanitaria" facilitado por el Ministerio de Sanidad.
- Participación el 5 de mayo en el Día mundial de la Higiene de Manos: Osakidetza se viene adhiriendo desde hace años a esta iniciativa promovida por la OMS en el marco de la campaña "Salva vidas. Límpiase las manos", con el objetivo de impulsar la higiene de manos en el punto de atención, como punto crítico para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Además de las acciones que se realizan a nivel corporativo, todas las organizaciones de servicio de Osakidetza participan en esta jornada con diferentes iniciativas y actividades.

- **Acreditación de personas observadoras en higiene de manos:** Se realizaron dos talleres en 2015, en los cuales se han acreditado 60 profesionales. Uno de los objetivos que se había planteado en la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 era homogeneizar los criterios para una adecuada Observación en Higiene de Manos en las organizaciones de servicios y potenciar la formación de personas observadoras en higiene de manos. El inicio de la pandemia hizo que tuviéramos que centrar los esfuerzos en otras actividades y no ha permitido avanzar con esta línea.
- **Elaboración de materiales.** De cara a concienciar al conjunto de profesionales y a la población sobre la importancia de la higiene manos en la prevención de las infecciones se han elaborado y distribuido diversos materiales:
 - En 2017 se distribuyó al personal un folleto con los momentos y pasos para realizar una correcta y adecuada higiene de manos. “Su seguridad pasa por tus manos”.
 - Dentro de la campaña de implicación de pacientes en su seguridad de 2018 uno de los mensajes incluidos ha sido el relacionado con la higiene de manos: “Lávate las manos. Evitarás infecciones”.
 - Una de las iniciativas enmarcadas en la campaña de la vacunación antigripal 2019 fue facilitar a la población el uso de mascarillas en las salas de espera de Urgencias, de los Puntos de Atención Continuada (PAC) y del conjunto de Centros de Salud de Osakidetza, para reducir la transmisión del virus de la gripe. Se desarrolló cartelería con el mensaje “Protégete y protege a los demás” que incluía, además de la recomendación relativa a la mascarilla, el mensaje de la importancia del lavado de manos con frecuencia para evitar el contagio de enfermedades.



Figura 11. Cartel "Protégete y protege a los demás".



Figura 12. Cartel de la campaña corporativa Higiene de Manos.

- En 2021 se ha puesto en marcha una nueva campaña corporativa con nuevos materiales y mensajes de cara a concienciar y motivar al personal en la importancia de realizar una adecuada y correcta higiene de manos para prevenir las infecciones. “No lo dejes a la suerte, está en tus manos”, “Stop a las infecciones, está en tus manos”, “La seguridad de tus pacientes está en tus manos”.
- Indicadores de Higiene de Manos; De cara a evaluar y mejorar la adherencia y el grado de implantación del Programa de Higiene de Manos del SNS, se recogen desde el año 2009 una serie de indicadores consensuados con las Comunidades Autónomas. En la última revisión realizada en 2016 se priorizaron y acordaron 6 indicadores, que son los que se han recogido a lo largo del periodo 2017–2020. Los indicadores de estructura, miden el % de las camas de UCI y de las camas de hospitalización de los hospitales de Osakidetza que disponen de Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención. Los indicadores de resultados miden el consumo de PBA en hospitalización y en atención primaria y la observación del cumplimiento de higiene de manos y del uso de PBA.

El Contrato Programa incorpora indicadores sobre el plan formativo del personal en higiene de manos, el despliegue de acciones y la existencia de un plan de observación del cumplimiento de la higiene de manos.

PROTOCOLO DE AISLAMIENTOS

Con el fin de homogeneizar los criterios a utilizar en los hospitales de Osakidetza para prevenir la transmisión de determinados microorganismos susceptibles de originar infecciones en el ámbito hospitalario y establecer recomendaciones que sirvieran de referencia para todas las organizaciones sanitarias, en el año 2017 se editó y difundió el documento “Recomendaciones para prevenir la transmisión de infecciones en las Organizaciones Sanitarias Integradas. Protocolo de aislamientos”, fruto del trabajo de profesionales del grupo INOZ. Se elaboraron también otros materiales complementarios: una guía resumen y un tríptico. Se encuentran disponibles en la intranet de Osakidetza.



Figura 13. Protocolo de aislamientos.

Junto a este documento se diseñaron carteles para cada tipo de aislamiento y se realizó una impresión corporativa para todos los hospitales.

REDUCCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más prevalentes y de gran trascendencia por la morbilidad y mortalidad que generan, así como por su repercusión en la calidad asistencial y en el gasto sanitario. El incremento de infecciones por microorganismos multirresistentes dificulta los tratamientos¹¹⁹.

Según los resultados del estudio de prevalencia de infección nosocomial a nivel estatal, EPINE-EPPS 2019, el 18% de las infecciones nosocomiales adquiridas en el presente ingreso eran ITU y del total de ITU nosocomiales no presentes al ingreso, el 63% presentaban un catéter urinario en los siete días previos al inicio de la infección¹²⁰.

En 2019 se publicó un documento “Reducción de las Infecciones del Tracto Urinario asociadas a Catéter Urinario”, en el que ha participado un grupo multidisciplinar de profesionales, y que recoge un conjunto de recomendaciones dirigidas a disminuir las ITU asociadas al sondaje vesical. En él se recogen indicaciones de sondaje urinario, contraindicaciones absolutas y relativas para el cateterismo intrauretral, criterios de retirada de sonda por el personal facultativo, recomendaciones de buenas prácticas para la técnica del sondaje vesical y recomendaciones de cuidados del sondaje vesical para su aplicación tanto en el ámbito hospitalario como de atención primaria.

Se elaboró y distribuyó también un tríptico con una Guía de autocuidados para la persona portadora de sonda vesical. Tanto el documento como el tríptico están disponibles en la intranet de Osakidetza.

De forma complementaria a este documento, se desarrolló junto con el Servicio de Formación corporativo, un curso on-line que está ubicado en la plataforma Jakinsarea.

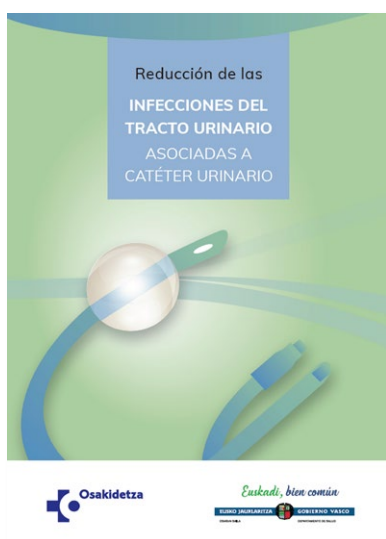


Figura 14. Protocolo para reducir las ITU asociadas a catéter urinario.



Figura 15. Guía de autocuidados.

INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

Las intervenciones quirúrgicas constituyen un componente fundamental de la asistencia sanitaria. En el año 2019 se realizaron en España más de 5 millones de intervenciones quirúrgicas¹²¹. La falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables con repercusiones importantes en la Salud Pública. En el marco de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, en el año 2008 el segundo reto mundial que plantea la OMS es “La cirugía segura salva vidas”¹²². Entre las áreas de trabajo se encuentra la prevención de las infecciones de la herida quirúrgica¹²³. Las infecciones de localización quirúrgica incrementan la morbilidad, prolongan las estancias hospitalarias, pueden requerir procedimientos quirúrgicos adicionales, o precisar cuidados intensivos y pueden incrementar la mortalidad.

En el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS 2005), se vio que en los Servicios Quirúrgicos el 29% de los eventos adversos detectados estaba relacionado con la infección nosocomial, de los cuales el 54% se consideraron evitables³.

El ECDC en el estudio de prevalencia realizado en 2016-2017 determinó una prevalencia global de pacientes con IRAS de 5,9%. El 18,4% de todas las IRAS eran infecciones de localización quirúrgica⁹⁸⁻⁹⁹. En el estudio EPINE 2019 las infecciones de localización quirúrgica fueron una de las infecciones nosocomiales de mayor prevalencia adquiridas en el presente ingreso en personas hospitalizadas (19,5%)¹²⁰.

En base a la evidencia de la efectividad de determinadas medidas de forma conjunta en la prevención de la infección de localización quirúrgica (ILQ), se inicia en 2017 el proyecto Infección Quirúrgica Zero (IQZ)¹²⁴. Es un proyecto de intervención dirigido a implantar medidas preventivas dirigidas a disminuir la infección de localización quirúrgica. Se consensuó en el grupo INOZ iniciar el proyecto con la cirugía colorrectal y con la aplicación de las 5 medidas que plantea el proyecto, en función de las posibilidades de cada organización, siendo las tres primeras obligatorias:

- Profilaxis antibiótica.
- Utilización de clorhexidina alcohólica para la antisepsia del campo quirúrgico.
- Adecuada eliminación del vello.
- Normotermia perioperatoria.
- Normoglucemia perioperatoria.

PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIMICROBIANOS

En el marco del “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”, se está trabajando en el desarrollo de los “Programas de optimización de uso de antimicrobianos” (PROA), en un esfuerzo por optimizar el uso de antimicrobianos, con la intención de mejorar los resultados clínicos, minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos, incluyendo la aparición y diseminación de resistencias y garantizar un tratamiento coste-efectivo¹²⁵⁻¹²⁶.

PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE OSAKIDETZA

En Osakidetza, los PROA se vienen desarrollando en algunas Organizaciones de Servicios desde hace años, por iniciativa bien de grupos de profesionales o de las Direcciones. En esta Estrategia se ha querido dar un impulso corporativo a los PROA. Para ello, en 2018, se creó un grupo de trabajo con referentes de los equipos PROA de todas las organizaciones de servicios. Tras conocer la situación actual de los PROA en nuestras organizaciones y en sintonía con los objetivos del PRAN, se está trabajando en un documento corporativo cuyo objetivo es establecer unos criterios mínimos de los Programas PROA consensuados con todas las organizaciones y unos indicadores de seguimiento comunes.

WASSP. WISE ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM SUPPORT SYSTEM

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, está realizando un estudio piloto con las Comunidades para valorar la idoneidad y factibilidad de la aplicación informática WASPSS para dar soporte a los PROA. El Hospital Bidasoa y el Hospital Universitario Araba de Osakidetza están participando en este proyecto piloto. Tras la evaluación del estudio piloto, se valorará la pertinencia de su puesta a disposición al resto de hospitales de la red.

PREVENCIÓN DE LAS IRAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas en las que por sus especiales características la aparición de IRAS constituye un grave problema: las personas ingresadas son más vulnerables por la enfermedad que presentan y sus condiciones subyacentes, la utilización de dispositivos invasivos altera las barreras defensivas y presentan factores de riesgo que facilitan la aparición de microorganismos multirresistentes. Todo ello incrementa la morbi-mortalidad, prolonga las estancias hospitalarias e incrementa los costes sanitarios¹²⁷.

PROYECTOS ZERO

Desde el año 1994, el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (GTEI-SEMICYUC) realiza una Encuesta Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en las UCI (ENVIN-UCI) en la que monitorizan la incidencia de las infecciones nosocomiales relacionadas con dispositivos, entre las que se incluyen las Bacteriemias Relacionada con Catéter (BRC), las Neumonías asociadas a Ventilación Mecánica (NAV) y la Infección del Tracto Urinario asociada a Sondaje Urinario (ITU-SU).

En el año 2008 y con la evidencia disponible de la estrategia multifactorial desarrollada en Michigan por el Dr. Peter Pronovost de la Universidad Johns Hopkins para reducir las bacteriemias relacionadas con catéter y la mortalidad de los pacientes¹²⁸, la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con la OMS, puso en marcha un proyecto a nivel del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la prevención de las infecciones relacionadas con los catéteres centrales en las UCI, liderado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y en coordinación con las Comunidades Autónomas: el proyecto Bacteriemia Zero (BZ) que se desarrolló entre enero de 2009 y junio de 2010¹²⁹. Este proyecto, en el que han participado 9 unidades de cuidados intensivos y reanimación de Osakidetza, ha conseguido reducir de forma significativa las bacteriemias relacionadas con catéter¹³⁰.

La Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAVM), es una de las IRAS más frecuente en las UCIs y presenta una elevada mortalidad. Dados los buenos resultados obtenidos con el proyecto Bacteriemia Zero, en 2011 se inicia el proyecto Neumonía Zero, con el mismo planteamiento que el anterior: una intervención estandarizada con un paquete de medidas dirigidas a disminuir la NAVM y un Plan de Seguridad Integral. Se desarrolló entre abril del 2011 y diciembre de 2012¹³¹ y en él participaron 9 unidades de Osakidetza. Los resultados del proyecto fueron muy positivos consiguiendo una importante reducción de las tasas de NAV.

El control de las resistencias antimicrobianas es una prioridad a nivel mundial y las personas ingresadas en las UCI presentan una mayor susceptibilidad a ser infectadas o colonizadas por microorganismos multirresistentes. Entre abril de 2014 y junio de 2016 se desarrolla el proyecto Resistencia Zero (RZ). El objetivo principal ha sido reducir en un 20% la tasa de pacientes en los que se identifica una o más Bacterias Multirresistentes (BMR) de origen nosocomial en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) españolas¹³². En este proyecto han participado 10 unidades de cuidados intensivos y reanimación de Osakidetza.

En continuidad con la línea de trabajo desarrollada en las UCI, a finales de 2017 se presentó un nuevo proyecto dirigido a la prevención de la infección urinaria relacionada con la sonda uretral en personas ingresadas en las unidades de

cuidados intensivos, el proyecto ITU-ZERO¹³³. El proyecto se presentó en abril 2018 a las organizaciones de servicios y se han incorporado al mismo 6 de nuestras unidades de cuidados intensivos. Incluye, al igual que los anteriores dos actividades complementarias:

1. Una intervención estandarizada mediante la aplicación de un Paquete de Recomendaciones para prevenir la ITU asociada a sondaje uretral: STOP ITU-SU.
2. Un Plan de Seguridad Integral, continuando con las estrategias establecidas en los anteriores “Proyectos Zero”.

En el desarrollo de estos proyectos ha sido fundamental el esfuerzo y compromiso de las y los profesionales de las UCI. En estos últimos años los esfuerzos han ido dirigidos a consolidar las buenas prácticas implantadas a través, entre otros, de una formación continuada del personal de las UCI, y a afianzar la cultura de seguridad en las UCI. Se ha mantenido el seguimiento de los proyectos zero durante estos años, aunque el impacto de la pandemia ha sido muy importante en las UCI de Osakidetza y esto ha repercutido en el seguimiento de los mismos.

DESARROLLO ACTUAL

La pandemia por Covid 19 ha condicionado de manera fundamental, durante el año 2020 y 2021 las actividades desarrolladas en relación con la prevención y control de las infecciones. En este nuevo periodo se plantea dar continuidad y afianzar las líneas de trabajo y proyectos en marcha.

OBJETIVOS

Objetivo general

Promover el desarrollo y la consolidación de estrategias dirigidas a la prevención y control de las IRAS.

Objetivos específicos

1. Potenciar la vigilancia epidemiológica de las IRAS como base de los programas de prevención y control.
2. Reforzar los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN).
3. Consolidar los Proyectos Zero en las UCI.
4. Impulsar los Programas de optimización de uso de antimicrobianos.

ACCIONES

PLAN INOZ

- Concienciar sobre la importancia de la prevención y control de las IRAS a través del desarrollo de un curso de formación dirigido al personal sanitario.
- Actualizar el documento “Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza”.
- Finalizar la actualización del “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” y de la “Guía para la gestión del proceso de esterilización”.

SISTEMA DE VIGILANCIA INOZ

- Consolidar la vigilancia epidemiológica de la infección de localización quirúrgica.
- Revisar de forma periódica los procedimientos a vigilar y los estándares.
- Potenciar el desarrollo de la aplicación informática para la vigilancia epidemiológica de las IRAS relacionadas con otros procedimientos o condiciones no quirúrgicas.
- Participar de forma coordinada con la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud, en el Sistema Nacional de Vigilancia de IRAS.
- Desarrollar un sistema corporativo de vigilancia de infecciones por microorganismos multirresistentes.

PLAN DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL (PVPCIN)

- Adaptar la evaluación del PVPCIN a las Organizaciones Sanitarias Integradas, incorporando todos los aspectos relativos a la prevención y control de las IRAS.
- Desarrollar una nueva evaluación que se realizará en dos fases:
 - Una primera autoevaluación por parte de las organizaciones.
 - Una segunda fase de evaluación en la que, tras la revisión de la información remitida por las organizaciones en la autoevaluación, se planificarán las visitas a las mismas.
- Analizar y difundir los resultados de la evaluación de los PVPCIN a las Organizaciones de Servicios.

HIGIENE DE MANOS

- Potenciar la labor de las personas referentes de Higiene de Manos en las Organizaciones de Servicios.
- Impulsar acciones dirigidas a fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos en todas las Organizaciones de Servicios:
 - Continuar con la participación en la Jornada Mundial de la Higiene de manos.
 - Desarrollar nuevos talleres de formación.
- Impulsar la Observación en Higiene de Manos.
- Coordinar la recogida de indicadores del Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

- Fomentar la cultura de seguridad en los Servicios Quirúrgicos.
- Impulsar la implantación del proyecto IQZ en todas las organizaciones con servicios quirúrgicos.
- Analizar y evaluar los resultados de la implantación del proyecto IQZ en la incidencia de infección de localización quirúrgica.

PROGRAMAS DE OPTIMIZACIÓN DE USO DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

- Difundir el documento corporativo “Programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) en las organizaciones sanitarias integradas de Osakidetza”.
- Realizar un seguimiento de la implantación de dichos programas.
- Finalizar el piloto de la aplicación informática WASPSS (Wise Antimicrobial Stewardship Program Support System) para dar soporte a los PROA. Tras su evaluación, y si ésta es positiva, planificar la puesta a disposición al resto de organizaciones.

PREVENCIÓN DE LAS IRAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Retomar el seguimiento de los Proyectos Zero.
- Adaptar las recomendaciones a las nuevas evidencias presentadas: Actualización de las recomendaciones en los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero.

- Potenciar la formación en los proyectos zero, Bacteriemia Zero, Neumonía Zero, Infección Tracto Urinario Zero:
 - Difusión de los proyectos con las nuevas recomendaciones y adaptaciones a la situación actual.
 - Formación a profesionales con los nuevos módulos actualizados.
- Consolidar el nuevo sistema de registro de infecciones de las UCI.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

De cara al seguimiento de las diferentes líneas de trabajo y proyectos se plantean los siguientes indicadores:

- Incidencia de infección de la herida quirúrgica profunda y de órgano, en cirugía electiva colorrectal con seguimiento a 30 días.
- Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera con seguimiento a 90 días.
- Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla con seguimiento a 90 días.
- Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis antibiótica estando indicada.
- Estudios de incidencia de Infección Nosocomial en área médica y acciones mejora.
- Actualización del PVPCIN.
- Existencia de un plan de detección de infecciones por microorganismos multirresistentes en unidades asistenciales.
- Profesionales (tanto personal sanitario como no sanitario) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios.
- % Camas de UCI con Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención.
- % Camas hospitalización con PBA en el punto de atención.
- Consumo de PBA en hospitalización.
- Consumo de PBA en AP.

- Observación higiene de manos.
- Observación uso de PBA.
- Existencia de un Plan definido en el que se recogen las intervenciones a llevar a cabo para la reducción de la infección del tracto urinario asociado a cateterización urinaria.
- Reducción porcentual en la Prevalencia de infección urinaria (IU) en pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) con respecto al año anterior (EPINE).
- Porcentaje de cumplimentación de retirada de sonda ajustándose a protocolo en las organizaciones con cirugías menores y cesáreas.
- Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica.
- Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica.
- Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la eliminación del vello.
- Desarrollo de PROA en las OSI y Hospitales de media larga estancia.
- Tasa media de bacteriemia primaria y asociada a catéter venoso central en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).
- Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).
- Tasa media de infección del tracto urinario asociado a sondaje en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).

L 9 Cirugía segura

FUNDAMENTO

La cirugía segura continúa siendo uno de los pilares básicos del tratamiento médico y es uno de los campos que mayor repercusión tiene sobre la Seguridad del Paciente. Aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, las intervenciones quirúrgicas son procedimientos complejos en los que intervienen numerosos aspectos que pueden contribuir a aumentar la morbi-mortalidad asociada a la actividad quirúrgica por lo que existe una cierta probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad.

Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de intervenciones de cirugía mayor, lo que equivale a una intervención quirúrgica por cada 25 personas. En el Sistema Nacional de Salud se practican más de 5 millones de actos quirúrgicos anuales¹²¹ con una incidencia de eventos adversos relacionados con cirugía en torno al 10,5% (8,1-12,5%), de los cuales el 36,5% serían evitables¹³⁴.

Según el Estudio Nacional de los Efectos Adversos (ENEAS 2005), el 7,6% de los eventos adversos se relacionaron con infección de la herida quirúrgica, el 0,8% con dehiscencia de suturas y el 0,5% con adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica. El 52,4% de los eventos adversos tuvieron lugar en servicios quirúrgicos, de los cuales el 40,5% fueron leves, el 35,3% moderados y el 24,2% graves. A su vez, se registraron 1,6 eventos adversos por cada 100 días de ingreso en los servicios quirúrgicos³.

Según el último estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE-2019), el 19,5% de las infecciones nosocomiales registradas (adquiridas en el propio ingreso) fueron de origen quirúrgico. Del total de personas intervenidas, el 4,3% presentaba una infección quirúrgica¹²⁰.

Un reciente informe del instituto ECRI en el que se analizan eventos adversos relevantes del ámbito quirúrgico clasifica los mismos según el tipo de riesgo en las siguientes categorías: complicaciones (31%), preparación del paciente o quirófano (29%), material quirúrgico retenido (24%), contaminación (7%), fallo de los dispositivos médicos (5%) y cirugía errónea (4%). Observan una serie de cuestiones comunes a las diferentes categorías como los aspectos de comunicación como problema de fondo y proponen que las organizaciones se centren en promover el trabajo en equipo y en mejorar la cultura de seguridad¹³⁵.

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

La OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía. En el marco de la Alianza Mundial para la seguridad del Paciente priorizó abordar la seguridad de la atención quirúrgica a través del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente: “La cirugía segura salva vidas”¹²², en el que se empezó a trabajar en enero de 2007.

El objetivo fundamental de esta estrategia por parte de la OMS es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo y reducir la frecuencia de eventos adversos vinculados a ella, estableciendo para la cirugía segura un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS a través de diez objetivos esenciales:

1. El equipo operará a la persona correcta en el sitio anatómico correcto.
2. El equipo utilizará métodos para prevenir los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen a la persona del dolor.
3. El equipo se encontrará preparado para afrontar una eventual pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea.
4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre.
5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que pueden suponer un riesgo importante para el paciente.
6. El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
7. El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
8. El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
9. El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información fundamental sobre la persona atendida para que la intervención se desarrolle de forma segura.
10. Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Entre las estrategias de seguridad que se planificaron para conseguir estos objetivos y con ello mejorar la atención quirúrgica del paciente, destaca la utilización del Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSQ). El LVSQ se elaboró además con el objetivo de reforzar las prácticas de seguridad y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre todas las personas que integran el equipo quirúrgico.

El LVSQ es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar de forma eficiente y rápida la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias que aportan beneficios demostrados, como una disminución de las tasas de eventos adversos del 11 al 7% y una reducción en la mortalidad de 1,5 a 0,8%, además de mejorar el trabajo en equipo y la comunicación¹³⁶⁻¹³⁷.

Alineándose con esta estrategia, Osakidetza incluyó dentro de su programa corporativo de Seguridad del Paciente la implantación del Listado de Verificación de Seguridad. En septiembre de 2012 se incluyó dentro de Osabide Global un LVSQ (tronco común) basado en las recomendaciones de la OMS y previamente consensuado con las distintas organizaciones de servicios.

En el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016 se constató una falta de adhesión al LVSQ debido en gran parte a una insuficiente sensibilización del personal, sumado a que el LVSQ no se adaptaba a los distintos tipos de cirugía.

El siguiente paso fue la constitución como apoyo a esta línea, de un grupo de referencia de “Cirugía Segura” conformado por un grupo multidisciplinar de personal experto en este tema y que actúa como soporte de la línea en las organizaciones de servicios.

Fruto del consenso y el trabajo de este grupo de referencia se han conseguido los siguientes resultados:

- Teniendo como objetivo fundamental impulsar la adherencia al LVSQ, así como potenciar su correcta utilización, se elaboró y difundió un documento corporativo para estimular la adherencia al LVSQ con recomendaciones para fomentar su adecuada utilización denominado: “Propuesta corporativa para impulsar la adecuada utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica en Osakidetza”.
- Además, se adaptó el LVSQ a los distintos tipos de cirugía concluyendo por consenso en un listado para cirugía mayor, otro para cirugía menor y un tercero para la intervención de facoemulsificación-aspiración de catarata, por lo específico de la intervención y se elaboró el “Manual de aplicación del LVSQ”.

Figura 16. Pantalla del LVSQ en Osabide Global.

- En el marco de la estrategia 20 20, para facilitar la evaluación y el seguimiento de la utilización del LVSQ se diseñó en colaboración con la Subdirección de Calidad y Sistemas de Información, un sistema específico de explotación de los datos de cumplimentación del LVSQ que permite objetivar el avance tanto a nivel de cada organización de servicios como a nivel corporativo.
- Posteriormente, con el propósito de ayudar a las organizaciones de servicios a reducir el riesgo de error en personas que se van a someter a una intervención quirúrgica y tras el consenso de los grupos quirúrgicos establecidos en las organizaciones de servicios, se elaboró el “Protocolo para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo” que debe ser adaptado en cada organización de servicios a sus características organizativas.
- Como complemento al protocolo y con la finalidad de reforzar su implantación se diseñó y divulgó el cartel corporativo “Cirugía Segura”.



Figura 17. Cartel para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Para el periodo 2020 – 2030 se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

Minimizar el riesgo de incidentes de seguridad vinculados a la cirugía.

Objetivos específicos

1. Perseverar en la correcta utilización del LVSQ en todas las organizaciones de servicios que incluyan actividad quirúrgica.
2. Potenciar el seguimiento y la evaluación de la adecuada utilización del LVSQ en las organizaciones de servicios consolidando los logros conseguidos.

3. Realizar tras su valoración, las adaptaciones del LVSQ a las nuevas necesidades que puedan surgir.
4. Promover el marcado del sitio quirúrgico.
5. Desarrollar estrategias dirigidas a garantizar la Seguridad del Paciente en el periodo perioperatorio, que comprende el tiempo que transcurre antes, durante y después de una intervención quirúrgica.
6. Garantizar la información y la comunicación entre profesionales.
7. Valorar la pertinencia de realizar protocolos corporativos que ayuden a minimizar el riesgo de error en personas que se van a someter a una intervención quirúrgica.

ACCIONES

En los dos últimos años, el dato cuantitativo global de cumplimentación del LVSQ está por encima del 90%. Aunque son datos satisfactorios que hacen suponer que está interiorizado que el LVSQ es una de las herramientas que ayudan a aumentar la Seguridad del Paciente, sólo será efectivo si se aplica de manera adecuada.

Para el cumplimiento de los objetivos se plantea desarrollar las siguientes acciones:

- Realizar sesiones de sensibilización dirigidas a profesionales de los servicios quirúrgicos sobre la importancia de realizar el LVSQ de manera efectiva.
- Evaluar la aplicación del LVSQ en cada organización de servicios impulsando la observación y el análisis de cada uno de los pasos del LVSQ e informando de los resultados a profesionales implicados con el fin de favorecer la mejora continua.
- Para promover el marcado del sitio quirúrgico, cada organización de servicios adaptará el “Protocolo para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo” a sus características organizativas.
- Considerando que el traspaso de pacientes está identificado como punto crítico de seguridad, se planteará la elaboración de protocolos corporativos con el consenso de profesionales implicados en el traslado de pacientes desde el área quirúrgica a otras áreas.
- Impulsar métodos apropiados de comunicación entre profesionales a través de formación en habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje global de personas intervenidas de cirugía programada y urgente a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Porcentaje de personas intervenidas de cirugía programada a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Porcentaje de personas intervenidas de cirugía urgente a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Porcentaje de servicios quirúrgicos que han realizado sesiones de sensibilización sobre la adecuada utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Porcentaje de servicios quirúrgicos que han realizado autoevaluación, mediante observación, sobre la utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).
- Porcentaje de organizaciones que han adaptado el “Protocolo para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo” a sus características organizativas.

L 10 Seguridad en el proceso asistencial gestación-parto-puerperio

FUNDAMENTO

El desarrollo de la seguridad en la atención a la mujer y a la recién nacida/recién nacido (RN), ha sido y es una prioridad en las Estrategias de Seguridad del Paciente de Osakidetza. Durante los periodos 2013–2016 y 2017–2020 así se ha recogido, con el objetivo de minimizar acontecimientos adversos relacionados con la atención sanitaria a la madre y RN, en los diferentes ámbitos de atención Materno-Infantil.

El impulso de la cultura de seguridad, aprendizaje y aplicación de prácticas seguras ha permitido a las organizaciones y a profesionales de los diferentes ámbitos de Atención Materno-Infantil seguir detectando las acciones a desarrollar para su aplicación corporativa.

Es de destacar que la tasa de incidencia de EA a nivel europeo relacionada con los cuidados obstétricos es del 3,6%¹³⁸. En la clasificación de las causas más frecuentes de ingreso en los hospitales, se constata que el parto es el procedimiento que genera el 9,1% de los ingresos hospitalarios a nivel estatal¹³⁹ y en Osakidetza el 9,4% aproximadamente. La tasa de cesáreas en los hospitales de Osakidetza se mantuvo en ambos periodos estratégicos en rangos del 12,9-13,5%, coincidiendo con las recomendaciones de la Organización Mundial del Salud. Sin embargo, en números absolutos se sigue constatando que más de 2.000 mujeres, después de un parto-cesárea, precisan de la prevención de infección del sitio quirúrgico o cuidados para minimizar la infección de la herida quirúrgica.

Según datos internacionales, los fallos en la comunicación entre profesionales constituyen el factor más frecuentemente involucrado en la producción de eventos centinela. El trabajo en equipo conduce a la búsqueda de prácticas seguras para mejorar la comunicación entre profesionales, con el fin de reconocer y minimizar las posibles situaciones de riesgo, relacionadas con la atención a la madre y al RN.

ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016 y en la Estrategia de Seguridad del paciente 2020 de Osakidetza se definieron los procesos gestación, parto, puerperio (G.P.P) como ámbitos asistenciales en los que la Seguridad del Paciente adquiere gran relevancia, implicando la protección de la seguridad tanto de la mujer embarazada como del neonato y neonata.

Esta línea de acción se centró en un principio en el desarrollo e implantación de nuevas tecnologías que permitiesen generar barreras en la cadena de generación de incidentes y eventos adversos con repercusión sobre la salud materna y neonatal.

Desde 2014 existe un grupo referente corporativo de seguridad en el proceso G.P.P en el que participan matronas/matrones, personal facultativo de ginecología y pediatría y de enfermería pediátrica de las áreas asistenciales y de diferentes niveles de gestión que realizó un cambio en el enfoque, priorizando:

- La disminución de la variabilidad de la práctica clínica mediante la sistematización y protocolización de procedimientos.
- La colaboración en el desarrollo del objetivo estratégico para la implantación de Osabide Global en Atención Primaria, en el que se incluye el desarrollo informático de la historia clínica de la mujer gestante, parto, puerperio y atención al RN.

Los profesionales que forman parte del grupo referente corporativo G.P.P durante el desarrollo de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2017-2020 establecieron dos premisas fundamentales:

Primera premisa: respetar, mantener e impulsar la fisiología del proceso de atención al embarazo, parto, puerperio y RN, con el fin de evitar las complicaciones generadas por la iatrogenia.

Segunda premisa: garantizar y promover la comunicación para minimizar la variabilidad de los mensajes y favorecer la eficacia en la transferencia asistencial.

A continuación, se describen las acciones desarrolladas por los diferentes equipos de mejora:

ACCIONES 2013-2016

- Elaboración del protocolo de Seguridad Clínica en la Atención al RN con el objetivo de la no separación del bebé de sus padres y/o madres o persona delegada. Esta iniciativa fue reconocida a nivel estatal como una de las mejores ideas en la categoría de gestión.
- Desarrollo de los procedimientos de identificación y de custodia del RN.
- Desarrollo del díptico para progenitor/progenitora/familia “No me dejéis solo”.



Figura 18. Díptico “No me dejéis solo”.

- Implantación de la historia clínica informatizada para RN.
- Generación de equipos multidisciplinares para la elaboración y desarrollo de los protocolos de alimentación del RN, atención al RN y atención al puerperio, de aplicación corporativa en los ámbitos de Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

ACCIONES 2017-2020

- Evaluación y revisión del protocolo “Seguridad en la atención al recién nacido” y del folleto “No me dejéis solo” (2014). Se incluyen mejoras relacionadas con la carta de acogida y el folleto. “No me dejéis solo” se traducen a varios idiomas: árabe, inglés, urdu, francés, pakistaní y chino.
- Desarrollo, validación y aprobación del protocolo “Atención al recién nacido sano en el parto-puerperio” en los ámbitos de atención hospitalaria y atención primaria.
- Desarrollo, validación y aprobación del protocolo para la Atención al Puerperio en el ámbito hospitalario y protocolo de Atención al Puerperio en el ámbito de atención primaria, que recogen los cuidados del puerperio, respetando y fomentando la autonomía de la madre.
- Desarrollo, validación y aprobación del protocolo “Alimentación del recién nacido” para promocionar, proteger y apoyar el mantenimiento y la duración de la lactancia materna por sus beneficios para la salud tanto física como emocional, de la madre y RN, respetando la voluntad de la madre.
- Desarrollo, validación y aprobación del protocolo para la “Atención al parto de bajo riesgo en el medio hospitalario”, estableciendo que la atención al parto ha de estar centrada en la mujer para optimizar su experiencia.





Figura 19. Protocolos de seguridad del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.

- Despliegue e implantación corporativa de los nuevos protocolos en las organizaciones de servicios de Atención Materno-Infantil.
- Con el apoyo institucional del Departamento de Salud y Osakidetza, se procedió a la difusión de los protocolos desarrollados para las mujeres embarazadas y mujeres que hayan dado a luz.
- Desarrollo, validación y aprobación del protocolo para la Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto, con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre las diferentes organizaciones sanitarias y los diferentes niveles de atención (atención primaria, PAC, Emergencias, hospitales sin áreas de parto y hospitales con áreas de parto).

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2021 – 2030, se continuará promoviendo la seguridad en el proceso asistencial G.P.P manteniendo la creación de equipos multiprofesionales con la participación de profesionales con conocimiento y experiencia de los servicios de Atención Materno-Infantil de todas las organizaciones de Osakidetza, para continuar con el desarrollo de prácticas seguras, análisis y gestión del riesgo de forma reactiva o proactiva, detectando las oportunidades de mejora y la realización de acciones correctoras.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

1. Incrementar la Seguridad del proceso asistencial gestación, parto, puerperio y RN en un entorno de seguridad para minimizar los posibles eventos adversos impulsando y activando la fisiología del proceso gestación, parto, puerperio.

2. Desarrollar pautas de actuación ante los posibles sucesos adversos prenatales, intraparto, posnatales y sucesos centinela que pueden afectar a la madre y al bebé.
3. Garantizar y promover la comunicación entre profesionales.
4. Desarrollar estrategias para la gestión de eventos adversos graves una vez han sucedido (muerte, daño permanente, daño temporal grave) y el apoyo a las víctimas de los mismos, familia y profesionales.
5. Promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad en embarazo, parto, puerperio.

ACCIONES

1. Incrementar la Seguridad del proceso asistencial gestación, parto, puerperio y RN en un entorno de seguridad para minimizar los posibles eventos adversos impulsando y activando la fisiología del proceso gestación, parto, puerperio.

EMBARAZO

- Crear, impulsar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial de gestación.
- Unificar criterios asistenciales en un único protocolo corporativo de atención al embarazo normal.
- Despliegue e implantación, evaluación y revisión del protocolo de atención al embarazo normal.

PARTO

- Despliegue e implantación del protocolo de la Atención al parto de emergencia fuera de las áreas de parto.
- Evaluación y revisión periódica de los protocolos difundidos.

PUERPERIO

- Evaluar periódicamente el cumplimiento de los protocolos difundidos.

RN

- Evaluar periódicamente el cumplimiento del protocolo difundido.
2. Desarrollar pautas de actuación ante los posibles sucesos adversos prenatales, intraparto, posnatales y sucesos centinela que pueden afectar a la madre y al bebé¹⁴⁰⁻¹⁴¹.

- Muerte materna.
- Muerte fetal.
- Cuerpo extraño en cavidad.

3. Garantizar y promover la comunicación

- Establecer el calendario de cursos relacionados con la seguridad del paciente, habilidades de comunicación y continuar incluyendo en los protocolos corporativos los valores de alerta y críticos de las pruebas diagnósticas durante el proceso asistencial.
- Desarrollo de procedimientos en los protocolos de actuación para garantizar la coordinación y comunicación interniveles, en los ámbitos hospitalarios y de atención primaria.
- Aprendizaje compartido entre organizaciones de los eventos adversos gestionados en cada organización de Atención Materno-Infantil.

4. Desarrollar estrategias para la gestión de eventos adversos graves una vez han sucedido (muerte, daño permanente, daño temporal grave) y el apoyo a las víctimas de los mismos, familia y profesionales.

- Impulsar el reconocimiento entre las personas que integran los equipos asistenciales de los errores, incidentes y eventos adversos.
- Promover y garantizar el cumplimiento de las estrategias definidas para la gestión de eventos adversos graves (muerte, daño permanente, daño temporal grave) y el apoyo a las víctimas de los mismos, familia y profesionales.
- Mantenimiento del equipo corporativo del proceso asistencial G.P.P (matronas/matrones, personal facultativo de ginecología y pediatría y de enfermería de las áreas asistenciales y de diferentes niveles de gestión) para continuar garantizando el desarrollo de estrategias y fomento del aprendizaje compartido de la cultura de seguridad.
- Generación de equipos de seguridad multidisciplinarios en las áreas materno-infantiles para la gestión del riesgo en sus servicios tras la detección del evento adverso, investigación, respuesta y derivación si procede para su conocimiento y valoración.
- Desarrollar sistemas de verificación para eliminar los riesgos en los diferentes procedimientos.
- Identificación de CIE 10 para la gestión del riesgo en historia clínica de la mujer y del RN.
- Trabajo en equipo basado en la simulación (distocia de hombros, la cesárea urgente, el parto de nalgas, la hemorragia postparto y la resucitación neonatal)¹⁴².

- Implementar prácticas seguras en la administración y uso seguro de la medicación.
- Uso paquete de medidas (Bundles), conjunto de intervenciones que responden a la mejor práctica clínica, basadas en la evidencia, y que implementadas todas juntas consiguen un mejor resultado que utilizadas individualmente en la hemorragia postparto, los estados hipertensivos del embarazo o el tromboembolismo venoso¹⁴³.

5. Promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad en embarazo, parto puerperio¹⁴⁴:

- Involucrar a las mujeres, familia en la toma de sus decisiones de atención médica a través del consentimiento informado, apoyando a las pacientes a hacer preguntas acerca de los procedimientos, medicamentos y cualquier aspecto de su cuidado.
- Mejorar la comunicación y la relación con las mujeres y con el conjunto de la familia sobre las bases de una explicación clara, concisa, honesta y oportuna de los riesgos.
- Valoración de las fuentes de información existentes, eventos adversos, centinelas, quejas, reclamaciones patrimoniales, sugerencias, reconocimientos....
- Intervenciones en las diferentes etapas del proceso (preparación maternal, TV hospitalarias, medios de comunicación...) para promover la participación de las mujeres y familiares en el proceso de seguridad G.P.P.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Partos instrumentales.
- Desgarros de 3º y 4º grado.
- Partos por cesárea.
- Tasa de púerperas que presentan infección puerperal.
- Tasa de complicaciones hemorrágicas.
- Tasa de reingresos urgentes tras el parto.
- % de partos eutócicos con episiotomía.
- Tasa de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad neonatal precoz.

L 11 Seguridad del paciente en los servicios de urgencias

FUNDAMENTO

Las características propias de la atención urgente (presión asistencial con picos de demanda difícilmente previsibles, necesidad de toma de decisiones rápidas y en ocasiones con escasa información sobre los antecedentes personales, diversidad de patologías y complejidad de las personas atendidas...), junto a otros factores relacionados con los diferentes procedimientos y técnicas, con la comunicación y con factores organizativos confieren a los Servicios de Urgencias (SU) un mayor riesgo de ocurrencia de incidentes de seguridad¹⁴⁵⁻¹⁴⁶.

Los SU suponen, en la mayoría de los casos, la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo un servicio receptor de pacientes a la vez que emisor a otras unidades o servicios, lo que exige una adecuada coordinación entre los mismos para procurar una asistencia lo más segura posible. Por ello, los problemas relacionados con la comunicación y coordinación merecen especial atención, pudiendo presentarse dificultades tanto con las personas atendidas, ya sea por barreras idiomáticas o por su situación clínica (coma, desorientación, etc.) como dentro del equipo asistencial, relacionados principalmente con la transmisión de información en las transferencias asistenciales, los cambios de turno y las órdenes verbales¹⁴⁷⁻¹⁴⁸.

La incidencia de los eventos adversos (EA) en los servicios de Urgencias es difícil de estimar, oscilando entre el 1,3 y el 12% en la bibliografía consultada¹⁴⁹⁻¹⁵². Los estudios realizados reflejan una realidad parcial, infraestimando los incidentes de seguridad que acontecen en los SU. Este hecho se debe principalmente a que la mayoría de los estudios son retrospectivos y están basados en la revisión de historias clínicas e informes, donde puede que no todo esté registrado. Por otra parte, los estudios realizados en personas hospitalizadas previamente atendidas en Urgencias sólo tienen en cuenta a aquellas que tras una primera atención en el SU son hospitalizadas, omitiéndose las que son dadas de alta y que suponen el 80-90% de las personas atendidas en urgencias. Existen otras fuentes de información sobre la aparición de incidentes de seguridad, como el análisis de las revisitas a Urgencias¹⁵³.

De los estudios realizados en nuestro entorno en relación a los incidentes de seguridad en el ámbito de los SU se derivan los siguientes resultados:

- El estudio ENEAS (Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización)³ que analiza los datos recogidos en historia clínica, indica que un 0,8% de los eventos adversos detectados en hospitalización se había originado en Urgencias.
- El Estudio sobre Eventos Adversos en Urgencias (EVADUR)¹⁵² llevado a cabo en 2010 en 21 servicios de urgencias de manera prospectiva puso de manifiesto que en el 12% de las personas atendidas en urgencias ocurre algún incidente de seguridad. De ellos, el 1,1% de los incidentes no llegan a la persona, en el 4,8% de los casos llegan sin causar daño y en el 7,2% de los casos tiene repercusiones para ella.
- El estudio ERIDA (Estudio Regional de Incidentes Relacionados con la Atención en Urgencias)¹⁵⁴ realizado siguiendo la metodología de los estudios ENEAS y EVADUR, arroja resultados similares a este último, al detectar algún incidente de seguridad en el 11,9% de las personas atendidas en los SU.

Con respecto a los factores causales de los incidentes de seguridad y a pesar de la disparidad en la clasificación, los más habituales fueron los relacionados con la comunicación entre profesionales, con el manejo de la medicación, con los cuidados y el diagnóstico. Sin embargo, una característica común a todos los estudios relacionados con la Seguridad del Paciente en los SU es el alto grado de evitabilidad teórica de los incidentes de seguridad, que se sitúa en torno al 70%.

Esta aproximación cuantitativa pone de manifiesto la necesidad y oportunidad de reducir los incidentes de seguridad en los SU, y por tanto los daños potenciales para las personas atendidas.

ANTECEDENTES

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 de Osakidetza se identificó la Seguridad del Paciente en los SU como una de las nuevas líneas a impulsar por ser un área con una actividad asistencial específica en la que la probabilidad de incidentes de seguridad es alta además de ser una necesidad transmitida por las y los profesionales.

La metodología utilizada para el desarrollo de esta línea ha sido:

- Constituir un grupo de trabajo referente para la Seguridad del Paciente en los SU en el cual se encuentran representadas todas las organizaciones a través de las Jefaturas de Servicio y profesionales de los SU.

- Identificar, por parte del grupo referente, las principales áreas de riesgo y revisar las iniciativas vigentes en los distintos SU en relación a la Seguridad del Paciente. Además, se definió la estrategia para abordar la seguridad en los SU priorizando las siguientes áreas de trabajo:
 - Identificación de pacientes.
 - Transferencias de pacientes.
 - Prevención de la infección.
 - Medicación.
 - Triage.
- Para abordar las áreas definidas se constituyeron subgrupos de trabajo multidisciplinares de los SU y fruto del trabajo y consenso de los mismos se han elaborado varios documentos de buenas prácticas:
 - “Buenas prácticas en las transferencias del paciente en los Servicios de Urgencias”.
 - “Buenas prácticas en prevención de la infección en los Servicios de Urgencias”.
 - “Buenas prácticas en el sistema de utilización de medicamentos en los Servicios de Urgencias”.



Figura 20. Protocolos de buenas prácticas en los Servicios de Urgencias.

Por ello, tras el consenso del grupo referente, las acciones a realizar de manera más inmediata antes de abordar nuevos temas en el marco de esta nueva Estrategia de Seguridad, se centrarán en la difusión e implantación de las recomendaciones recogidas en los documentos elaborados.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Promover y reforzar estrategias dirigidas a mejorar la Seguridad del Paciente en los SU con enfoque corporativo.

Objetivos específicos

1. Disponer de una estrategia corporativa para impulsar la Seguridad del Paciente en los SU.
2. Promover la notificación de incidentes de seguridad y el análisis de los mismos estableciendo e implantando acciones de mejora.
3. Desplegar las recomendaciones realizadas en los documentos de BB.PP. elaborados y fomentar el desarrollo de nuevas prácticas seguras.
4. Garantizar y potenciar la comunicación y coordinación entre profesionales.
5. Realizar un abordaje integral y multidimensional de pacientes mayores en los SU para garantizar que su asistencia sea segura y adecuada a sus necesidades.
6. Abordar las derivaciones de pacientes desde y hacia los SU.
7. Revisar y en su caso adecuar circuitos en base a la demanda asistencial.

ACCIONES

Entre las acciones o aspectos clave a desarrollar para la consecución de los objetivos propuestos se encuentran:

- Liderar y mantener el grupo referente de la línea de acción.
- Definir la Estrategia para impulsar la Seguridad en las áreas de urgencias.
- Difundir los documentos de BB.PP. elaborados garantizando su conocimiento por parte del conjunto de los profesionales de los SU.
- Implantar las recomendaciones definidas para homogeneizar los procesos y minimizar los riesgos, consensuando y estableciendo en cada SU el plan de trabajo.
- Evaluar la implantación de las recomendaciones de prácticas seguras propuestas.

- Disponer de un equipo de Seguridad del Paciente / Referente de Seguridad en cada SU. Impulsar y reconocer el liderazgo de los profesionales.
- Promover la formación continuada. Recoger y transmitir las necesidades de formación del personal de los SU.
- Desarrollar acciones dirigidas a mejorar y potenciar la comunicación entre profesionales, además de entre profesionales y pacientes, así como en las transferencias asistenciales.
- Revisar los sistemas de clasificación de pacientes (triaje), elaborando recomendaciones para su mejora.
- Establecer canales de colaboración entre los servicios de Farmacia y los SU que permitan trabajar de manera conjunta iniciativas destinadas a mejorar la Seguridad del Paciente con respecto al sistema de utilización de medicamentos.
- Desarrollar una estrategia específica para la atención de pacientes mayores en los SU, abordando aquellos aspectos que van más allá de la valoración orientada al motivo de consulta.
- Realizar un análisis de las principales causas de saturación de cada SU para poder diseñar medidas de mejora específicas y factibles.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

Indicadores generales de Seguridad del Paciente

- Porcentaje de organizaciones que cuentan con una persona referente de seguridad en los servicios de Urgencias o bien al menos un profesional del servicio de Urgencias forma parte de la Comisión de Seguridad de su Organización.
- Número de incidentes de seguridad del servicio de Urgencias notificados.
- Porcentaje de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora.
- Porcentaje de acciones de mejora implantadas.

Indicadores de Seguridad del Paciente relacionados con el sistema de utilización de medicamentos

- Número de sesiones de difusión del documento “Buenas Prácticas en el sistema de utilización de medicamentos en los servicios de Urgencias” realizadas.

- Porcentaje de profesionales que conocen el documento “Buenas Prácticas en el sistema de utilización de medicamentos en los servicios de Urgencias”.
- Porcentaje de organizaciones que cuentan con la colaboración de personal facultativo de farmacia en el servicio de Urgencias para mejorar la seguridad en las distintas fases del proceso de medicación.
- Porcentaje de organizaciones que han cumplimentado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización del medicamento en los servicios de Urgencias.
- Número de sesiones de formación impartidas en los servicios de Urgencias sobre el sistema de prescripción electrónica de Osakidetza al personal en formación, así como al resto de profesionales que prescriben.

Indicadores de Seguridad del Paciente relacionados con prevención de la infección

- Número de sesiones de difusión del documento “Buenas Prácticas en prevención de la infección en los servicios de Urgencias”.
- Porcentaje de profesionales que conocen el documento “Buenas Prácticas en prevención de la infección en los servicios de Urgencias”.
- Porcentaje de organizaciones en las que el servicio de Urgencias cuenta con un protocolo de atención específico ante el potencial incremento de la demanda asistencial por patología respiratoria.

Indicadores de Seguridad del Paciente relacionados con transferencias de pacientes

- Porcentaje de profesionales que conocen el documento “Buenas Prácticas en transferencias del paciente en los servicios de Urgencias”.
- Porcentaje de servicios de Urgencias que cuentan con protocolos consensuados con otros servicios del hospital (hospitalización, UCI, quirófano, etc.) para la adecuada transferencia de pacientes (física y de información).
- Porcentaje de servicios de Urgencias en las que se ha consensuado un protocolo con la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información.
- Porcentaje de personas atendidas correctamente identificadas (con el brazalete de identificación corporativo).

L 12 Seguridad del paciente en emergencias

FUNDAMENTO

Desde la publicación del informe “To err is human” en 1999, que puso de manifiesto el alcance de los incidentes de seguridad derivados del proceso asistencial, la Seguridad del Paciente se ha convertido en un elemento clave en todos los ámbitos sanitarios. Así, los servicios de emergencias, como uno de los niveles asistenciales que conforman el sistema sanitario, deben procurar una atención libre de daños, todo un desafío si tenemos en cuenta la suma de factores que pueden contribuir a la aparición de incidentes de seguridad en su contexto.

Los servicios de Emergencias están conformados por la suma de diferentes recursos que abarcan el manejo de pacientes en la actuación inicial por parte del centro coordinador, en el escenario de atención y en la transferencia de pacientes a otro nivel asistencial. Por ello, para abordar la Seguridad del Paciente en este ámbito hay que contemplar los servicios de emergencias desde una visión global de su funcionamiento y considerar la coordinación e integración de los distintos niveles de atención sanitaria y de sus profesionales como aspectos fundamentales para el éxito del proceso asistencial.

La asistencia sanitaria en urgencias y emergencias extrahospitalarias presenta una serie de características específicas que la definen. En primer lugar, puede citarse la complejidad intrínseca de la atención a pacientes en situación crítica y a patologías tiempo-dependientes, donde las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben tomarse con rapidez en personas habitualmente desconocidas para el personal. Además, confluyen diversidad de patologías y procesos a los que hacer frente, un elevado nivel de interrelación entre profesionales, una práctica de procedimientos de diferentes tipos y el empleo de medicaciones de alto riesgo, elementos conocidos como las principales condiciones latentes favorecedoras de la aparición de eventos adversos¹⁴⁵.

Otro elemento diferenciador de los servicios de Emergencias es su entorno de actuación, en ocasiones desfavorable, al ser ajeno a los centros sanitarios y presentar una gran variabilidad (domicilios, vía pública, recintos cerrados, etc.) que ha de tenerse en cuenta para el acceso, atención y evacuación de pacientes. Las condiciones climatológicas, de luz y ruido son cambiantes y no siempre facilitadoras y la presencia de transeúntes o familiares pueden ayudar, pero en ocasiones entorpecer la labor de Emergencias. También en relación con el escenario de

actuación es fundamental considerar los riesgos derivados del entorno en el que se desarrolla la asistencia, así como la posible colaboración con profesionales de otros ámbitos (bomberos y bomberas, policía etc.), presentes y necesarios en muchas de las actuaciones de Emergencias.

La complejidad de los procesos a los que se enfrentan los servicios de Emergencias y sus escenarios de atención implican un gran reto para el personal de estas unidades al intervenir toda una serie de factores que confieren a este servicio un mayor riesgo de que se generen incidentes de seguridad. Por ello, dadas las situaciones de alto riesgo en las que estas unidades han de desarrollar su labor, deben contemplarse las habilidades no técnicas (habilidades cognitivas, sociales y de recursos personales) como complemento de las habilidades técnicas y la simulación como base para capacitar al equipo en las mismas en pro de la Seguridad del Paciente¹⁵⁵⁻¹⁵⁶.

La mayoría de los estudios epidemiológicos en relación con la Seguridad del Paciente se centran en el ámbito hospitalario y, en menor medida, en Atención Primaria. A nivel estatal se dispone de datos epidemiológicos de estos dos ámbitos y de otros específicos como las urgencias hospitalarias y las unidades de cuidados intensivos que nos acercan a la magnitud del problema en nuestro entorno, siendo una característica común a todos ellos el alto porcentaje de evitabilidad de incidentes, estimado desde el 43% al 70%^{3,4,152}. En relación a las urgencias y emergencias extrahospitalarias, los estudios para determinar la frecuencia y tipología de los incidentes de seguridad son escasos a nivel nacional, y los realizados en el ámbito internacional¹⁵⁷ no son fácilmente extrapolables debido a la diferente estructura y organización asistencial.

A nivel internacional, una de las principales publicaciones que aborda la Seguridad del Paciente en el ámbito de Emergencias¹⁵⁸ relaciona los incidentes de seguridad fundamentalmente con la calidad del juicio clínico derivada de la formación del personal y su entrenamiento, con la medicación, con la intubación endotraqueal in situ y con la seguridad de los dispositivos móviles de transporte.

En nuestro entorno¹⁵⁹, un estudio en el que se analizan las notificaciones realizadas por profesionales de Emergencias, determina una tasa de notificación de incidentes del 0,5%. El 74,7% de los incidentes notificados supusieron daño para la persona atendida. El 37,6% de los problemas estuvieron relacionados con el centro coordinador de urgencias, el 13,4%, con el transporte, el 10,8%, con el vehículo, y el 8,8%, con problemas de comunicación. El 70% de los sucesos adversos notificados conllevaron un retraso en la asistencia sanitaria. Los notificantes consideraron que el 88,1% de los incidentes eran evitables.

Pese a las dificultades existentes para conocer la magnitud del problema de los incidentes de seguridad en el ámbito de Emergencias, parece razonable pensar

que dadas las características de su atención (urgencia, gravedad, escenario de atención, trabajo en equipo, etc.), existe una mayor probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad con respecto a otros ámbitos sanitarios, en línea con una de las conclusiones del estudio EVADUR¹⁵², al determinar que aquellas personas que fueron llevadas a urgencias por un sistema medicalizado (tipo 061/112) y/o mediante traslado interhospitalario presentaron un mayor porcentaje de incidentes de seguridad que las que acudieron por medios propios.

Por lo anteriormente expuesto y teniendo en cuenta el interés mostrado por el conjunto de profesionales de los servicios de Emergencias en lo referente a mejorar la Seguridad del Paciente en su entorno de trabajo se incluye como una línea a desarrollar en esta nueva Estrategia.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Abordar la Seguridad del Paciente en Emergencias desarrollando estrategias específicas enfocadas a la reducción de incidentes de seguridad derivados de la asistencia.

Objetivos específicos

1. Disponer de una estrategia corporativa para impulsar y mejorar la Seguridad del Paciente en el servicio de Emergencias teniendo en cuenta tanto la sistemática de trabajo como las características que definen su proceso de atención.
2. Establecer un plan de gestión de riesgos para el análisis y la definición de los puntos críticos de seguridad en el ámbito de Emergencias.
3. Fomentar la formación como paso previo para promover la cultura de seguridad.
4. Impulsar el desarrollo de prácticas seguras encaminadas a reducir la probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad e identificar barreras que ayuden a prevenirlos.
5. Mejorar y potenciar la comunicación y el trabajo en equipo entre profesionales.

ACCIONES

- Conformar y coordinar un equipo de trabajo referente de la línea, integrado por un grupo multidisciplinar de personas expertas en Emergencias.
- Detectar las áreas de mayor riesgo y, en base a las mismas, definir la estrategia a seguir con el fin de impulsar programas específicos para promover y mejorar la Seguridad del Paciente en el área de Emergencias.
- Establecer barreras para prevenir situaciones adversas que puedan desencadenar incidentes de seguridad una vez definidos los puntos críticos de seguridad.
- Fomentar la notificación y el análisis de los incidentes de seguridad por parte de profesionales, lo que permitirá identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones de mejora que prevengan o disminuyan su repetición.
- Gestionar de manera integral los eventos adversos, minimizando su impacto tanto en pacientes y familias, como en el personal y la propia organización, favoreciendo el aprendizaje derivado de los mismos.
- Impulsar el desarrollo de prácticas seguras sobre las diferentes áreas del proceso asistencial en Emergencias, pudiendo citarse entre ellas:
 - La identificación de pacientes, valorando los sistemas de identificación en Emergencias y desarrollando recomendaciones sobre su utilización.
 - Situaciones de Incidentes con Múltiples Víctimas.
 - La seguridad en el sistema de utilización de medicamentos.
 - La atención a patologías tiempo-dependientes.
 - Transferencias asistenciales y coordinación con el resto de niveles asistenciales (urgencias hospitalarias, atención primaria, etc.).
 - La ubicación real de la urgencia - Movilizaciones erróneas de ambulancias.
- Detectar necesidades de formación específicas, así como potenciar la simulación sobre el manejo de técnicas y procedimientos para la adquisición de habilidades técnicas y no técnicas.
- Promover la comunicación entre los equipos de forma efectiva durante las transferencias de pacientes en los diferentes momentos de la continuidad asistencial.
- Establecer sistemas seguros, claros y estandarizados para la transmisión y el registro de la información (especialmente la no presencial).

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje de profesionales del servicio de Emergencias que han realizado el “Curso básico sobre Seguridad del Paciente”.
- Número de incidentes de seguridad notificados correspondientes a Emergencias.
- Porcentaje de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora.
- Porcentaje de acciones de mejora implantadas.
- Porcentaje de profesionales de Emergencias que han realizado el curso de “Intervención con segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Seguridad del Paciente”.
- Porcentaje de organizaciones con las que Emergencias ha consensuado un protocolo para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información.
- Porcentaje de personas atendidas correctamente identificadas.
- Porcentaje de movilizaciones erróneas de ambulancias.

L 13 Seguridad del paciente vinculada a cuidados

FUNDAMENTO

Para el abordaje de los procesos relacionados con la atención y cuidados de las úlceras por presión (UPP) y de las caídas, Osakidetza dispone de un sistema protocolizado, que incluye procedimientos de diversas técnicas, recomendaciones al alta hospitalaria, protocolos de prevención y cuidados de úlceras por presión, protocolos de valoración y prevención del riesgo de caídas, planes de cuidados estandarizados, etc. Así mismo, incluye el registro e implementación en las herramientas de enfermería de la historia clínica electrónica, con un sistema de evaluación incorporado.

En su cultura de mejora continua, se ha ido revisando y actualizando este sistema en función de los resultados obtenidos, del aprendizaje y de las nuevas necesidades surgidas en el marco de las líneas estratégicas y objetivos planteados en los sucesivos Planes Estratégicos.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013–2016 y en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2020, dando continuidad a ambos procesos, se tuvo en cuenta para su desarrollo que las UPP son uno de los eventos adversos con mayor margen de evitabilidad y las caídas durante la hospitalización continúan representando un desafío para los sistemas sanitarios.

Las UPP constituyen la complicación más prevenible y tratable que puede presentar cualquier persona encamada. Su aparición está ligada a la Seguridad del Paciente y a los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, representando un grave problema no sólo para la persona atendida, sino también para su familia y para todo el sistema¹⁶⁰.

El riesgo de sufrir una caída aumenta de manera importante durante el ingreso hospitalario, tanto por los factores intrínsecos de la persona, deterioro físico, confusión mental, etc. como por factores extrínsecos vinculados al propio ingreso (entorno desconocido, dispositivos, factores ambientales, etc.). Las caídas durante el ingreso hospitalario se asocian con un aumento de la utilización de servicios de salud, incluyendo el aumento de la duración de la estancia hospitalaria, y de los traslados a centros de media y larga estancia e institucionalización en residencias¹⁶¹. Se ha estimado que casi un tercio de las caídas se pueden prevenir.

ANTECEDENTES

En el periodo 2014 – 2015 se comenzó el despliegue de las iniciativas corporativas PEU-UPP Adi!¹⁶² (Preziozko Eragindako Ultzerak – Úlceras Por Presión Adi!) y Caídas (Eroriko Ez¹⁶³). Para el desarrollo de los objetivos se tuvo en cuenta el valor de las diferentes buenas prácticas desarrolladas en cada organización de servicios en torno a la gestión de las UPP y caídas, el análisis de sus posibilidades de extensión corporativa y el despliegue de aquellas prácticas susceptibles de ser aplicadas en el conjunto de Osakidetza.

En ambos procesos se tuvieron en cuenta cuatro componentes de intervención diferenciados pero relacionados entre sí:

1. Componentes organizativos: como son las políticas, protocolos y procedimientos, los procesos de evaluación, la formación y la continuidad del cuidado.
2. Valoración del riesgo mediante herramientas validadas.
3. Optimización de los cuidados.
4. Coordinación de los cuidados entre ámbitos asistenciales e instituciones, favoreciendo la comunicación y el aprendizaje conjunto.

El desarrollo de estas iniciativas dio lugar a la implantación de una batería de buenas prácticas que responden a cada uno de estos aspectos, basadas en experiencias previas llevadas a cabo en cada organización de servicios y teniendo en cuenta las peculiaridades de cada ámbito asistencial (Atención Especializada, Atención Primaria, Salud Mental y Emergencias).

La metodología de desarrollo de la iniciativa se basó en el consenso de todas las organizaciones de servicios, creando un grupo específico de trabajo con representación de todas las organizaciones implicadas en estos procesos. En el grupo se elaboraron diferentes documentos de consenso y sus miembros han actuado a la vez como referentes en sus organizaciones para la implantación de las medidas acordadas en el seno de la iniciativa. Fruto del esfuerzo de ese grupo de trabajo son las siguientes medidas:

ACCIONES 2014–2017

- Planificación de la iniciativa corporativa para ambos procesos.
- Generación del equipo corporativo para el desarrollo de la Guía UPP y Protocolo de Caídas.
- Guía de Actuación para la Prevención y Cuidados de las Úlceras por Presión. Desarrollo, difusión, despliegue e implantación en las organizaciones (2017).

- Protocolo para la Prevención de Caídas. Desarrollo, difusión, despliegue e implantación (2017).
- Elaboración de folletos corporativos “Presioak Eragindako Ultzerak” y “Lagundu Erorikoak Ekiditen” para la prevención y educación para pacientes y personas cuidadoras.

ACCIONES 2017–2020

- Seguimiento de la implantación y del desarrollo corporativo de la iniciativa PEU-UPP Adi!
- Evaluación continuada de los datos de incidencia UPP.
- Seguimiento de la implantación y desarrollo de la iniciativa Eroriko Ez.
- Evaluación continuada de los datos de incidencia de caídas.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 30, las buenas prácticas asociadas a los cuidados se impulsarán para fomentar la cultura de seguridad, aprendizaje y minimización de los posibles eventos adversos relacionados con la incidencia y prevalencia de úlceras por presión y caídas en los pacientes atendidos en Osakidetza.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

Los indicadores de medición para su seguimiento y evaluación anual, se continuarán valorando en cada organización de servicios para su cumplimiento en el Contrato Programa del Departamento de Salud, así como a nivel corporativo y son los que se describen a continuación:

- Porcentaje de personas hospitalizadas a las que se ha realizado valoración del riesgo de desarrollar UPP.
- Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión.
- Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas en Osanaia.
- Tasa de incidencia de úlceras por presión de origen intrahospitalario de categoría II o superior en base a estancias, declaradas a través de Osanaia.
- Tasa de incidencia de caídas intrahospitalarias en base a estancias, declaradas a través de Osanaia.

L 14 Buenas prácticas asociadas a la utilización de medicación

FUNDAMENTO

Los eventos adversos debidos a errores de medicación son un serio problema de Salud Pública con importantes repercusiones desde el punto de vista humano, asistencial y económico.

Un estudio realizado en Reino Unido estima que anualmente se producen en el National Health Service 237 millones de errores de medicación, de los cuales el 28% ocasiona daño a la persona¹⁶⁴⁻¹⁶⁵. Estos ocurren en todas las etapas del proceso de medicación (prescripción, transición, dispensación, administración y monitorización) y en todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria y centros sociosanitarios).

Los resultados de diversos estudios epidemiológicos desarrollados a nivel nacional, han mostrado cómo los errores de medicación constituyen un porcentaje significativo de los eventos adversos detectados. En el estudio ENEAS³, el 37,4% de los eventos adversos detectados en pacientes en hospitalización estaba relacionado con la medicación y de ellos un 34,8 % se consideraron evitables. El estudio APEAS⁴ muestra que los errores de medicación representan el 47,8% de los eventos adversos detectados en personas atendidas en Atención Primaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que todos los errores de medicación son potencialmente prevenibles y que se pueden reducir o evitar mejorando los sistemas y las prácticas en medicación, incluyendo la adquisición, prescripción, preparación, dispensación, administración y monitorización/seguimiento. En el año 2017 la OMS lanza “El tercer reto mundial para la seguridad del paciente: medicamentos sin daños” (The Third Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm), una iniciativa global dirigida a reducir los errores de medicación y el daño asociado a éstos. En ella recomiendan establecer actuaciones de mejora de la seguridad en tres áreas prioritarias: las situaciones de alto riesgo, la polimedición inapropiada y las transiciones asistenciales¹⁶⁶.

Uno de los principales factores que contribuye a las situaciones de alto riesgo son los factores relacionados con la medicación¹⁶⁷. Aunque prácticamente cualquier medicamento tiene el potencial de causar efectos indeseables, hay algunos que son más proclives a causar daños graves o incluso mortales cuando se utilizan incorrectamente. A éstos se les conoce como “medicamentos de alto riesgo”¹⁶⁸.

La mayoría de los errores de medicación asociados a eventos adversos graves están relacionados con la utilización de un número limitado de fármacos, por lo que se considera conveniente centrar en ellos las intervenciones de mejora¹⁶⁹. El Institute

for Safe Medication Practices (ISMP) estableció una lista de los medicamentos considerados de alto riesgo en los hospitales, que constituye la lista de referencia utilizada mundialmente y que ha sido actualizada posteriormente y adaptada a los medicamentos disponibles a nivel estatal¹⁷⁰.

Los “medicamentos de alto riesgo” son objetivos prioritarios de las recomendaciones o estrategias de mejora de la seguridad clínica de diferentes organismos y agencias a nivel internacional y nacional.

En nuestro país, el Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud estableció ya en 2007 un documento de buenas prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo¹⁷¹. Junto con el ISMP elaboraron un “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales”, una herramienta de ayuda a los hospitales para evaluar la seguridad de sus sistemas de utilización de los medicamentos, familiarizar al personal sanitario con las prácticas de mejora de la seguridad de medicamentos e identificar oportunidades de mejora de cara a establecer programas de actuación¹⁷².

En 2019 se publicó una adaptación de este cuestionario al ámbito de las Unidades de Cuidados Intensivos, que por sus características son áreas con un especial riesgo de que se produzcan errores de medicación y de que estos errores causen eventos adversos a las personas atendidas, el “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva”¹⁷³. Un reciente estudio realizado con el objeto de conocer el grado de implantación de prácticas seguras con los medicamentos en estos servicios e identificar oportunidades de mejora recoge un bajo grado de implantación de numerosas prácticas seguras efectivas que sería preciso abordar para reducir los errores de medicación en pacientes en situación crítica¹⁷⁴.

La Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 – 2020 incluye las prácticas clínicas seguras como una de sus líneas estratégicas y dentro de ellas el objetivo de promover el uso seguro de medicamentos¹².

Es fundamental seguir abordando los aspectos clave de la seguridad en el proceso de medicación, que se resumen en la adecuada prescripción y valoración del riesgo, la revisión de la medicación, la dispensación, preparación y administración, comunicación e implicación de la persona atendida, y la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.

ANTECEDENTES

Dada la trascendencia de los errores relacionados con la medicación en el proceso asistencial y de forma específica de los derivados de la utilización incorrecta de los “medicamentos de alto riesgo”, en el año 2010 Osakidetza puso en marcha la “Campaña de reducción de 10.000 eventos adversos”, en el marco de la cual se abordó la utilización de diversos medicamentos de alto riesgo.

Dando continuidad a esta iniciativa, en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016 se incluyó la línea de acción “Buenas prácticas asociadas a la utilización en medicación”, dirigida a los “medicamentos de alto riesgo” y priorizando cuatro grupos de medicamentos de la lista del ISMP en base a su potencial gravedad y a su frecuencia de utilización: Anticoagulantes orales, Insulinas, Potasio intravenoso y Citostáticos.

El objetivo que se planteó fue definir buenas prácticas en todas y cada una de las etapas del proceso de utilización de los mismos y difundir las mismas a nivel corporativo, contribuyendo así a promover el mayor nivel de seguridad en el uso de estos medicamentos en las organizaciones sanitarias de Osakidetza.

Para este desarrollo se formaron grupos de trabajo multidisciplinares en el seno de los cuales se identificaron los puntos críticos en las distintas etapas del proceso de utilización de estos fármacos y las potenciales mejoras susceptibles de ser incorporadas. A partir de esta reflexión se han consensuado recomendaciones de buenas prácticas en la utilización de estos medicamentos.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 se ha dado continuidad al trabajo que se había iniciado con la estrategia anterior. Fruto de todo este trabajo ha sido la elaboración de dos documentos de buenas prácticas en relación a las insulinas y al potasio intravenoso, que se han difundido y puesto a disposición en la intranet de Osakidetza.



Figura 21. Protocolos de buenas prácticas asociadas al uso de medicación.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Incrementar la seguridad del paciente con un uso seguro de los medicamentos.

Objetivos específicos

1. Incrementar la seguridad asociada a la utilización de los medicamentos de alto riesgo priorizados.
2. Promover la autoevaluación sobre la seguridad en el uso de medicamentos en los hospitales.

ACCIONES

1. Incrementar la seguridad asociada a la utilización de los medicamentos de alto riesgo priorizados

- Buenas prácticas en la utilización de potasio intravenoso e insulinas:
 - Reforzar la difusión en las organizaciones de servicios de los documentos de buenas prácticas desarrollados en relación a la utilización de potasio intravenoso e insulinas.
 - Potenciar la implementación de estas buenas prácticas y el desarrollo en las organizaciones de servicios.
 - Establecer un seguimiento de esta implementación.
- En relación con el grupo de anticoagulantes orales:
 - Actualizar y consensuar con el grupo de trabajo el documento de buenas prácticas en anticoagulación oral.
 - Finalizar el desarrollo de la “Guía de información al paciente con tratamiento anticoagulante oral” y del tríptico de “Recomendaciones al paciente con tratamiento anticoagulante oral”.
 - Difundir en las organizaciones de servicios estas recomendaciones.
 - Potenciar la implementación de las mismas.
 - Establecer un seguimiento de la implementación.
- Con respecto al grupo de citostáticos las acciones que se plantean son:
 - Retomar el desarrollo del documento de buenas prácticas, incorporando todos los avances y mejoras que se hayan producido en relación con la prescripción, dispensación y administración de citostáticos.

- Difundir en las organizaciones de servicios estas recomendaciones.
- Potenciar la implementación de las mismas.
- Establecer un seguimiento de la implementación.
- Valorar la priorización de nuevos grupos de medicamentos de alto riesgo.

2. Promover la autoevaluación sobre la seguridad en el uso de medicamentos en los hospitales

Los cuestionarios de autoevaluación sobre la seguridad en el uso de medicamentos, son herramientas de ayuda que permiten a los hospitales identificar oportunidades de mejora, planificar prácticas seguras y efectuar un seguimiento de los avances.

- Promover la utilización en todas las organizaciones del “Cuestionario de autoevaluación sobre la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales” (ISMP).
- Promover la utilización en todas las organizaciones del “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva” (ISMP).
- Establecer un grupo de trabajo multidisciplinar y multicéntrico para, a partir de las autoevaluaciones realizadas, analizar y valorar las oportunidades de mejora identificadas y plantear recomendaciones de buenas prácticas.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de potasio intravenoso.
- Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de insulinas.
- Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de anticoagulantes orales.
- Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de citostáticos.
- Proporción de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.
- Proporción de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en las Unidades de Cuidados Intensivos.

L 15 Buenas prácticas en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición

FUNDAMENTO

El estado nutricional influye en la evolución clínica de las enfermedades y en la calidad de vida de las personas. La guía de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN)¹⁷⁵ define la malnutrición como el estado resultante de la falta de ingesta o admisión de nutrientes que conduce a una alteración en la composición corporal y en la masa celular corporal, y conlleva una disminución de las funciones físicas y mentales y la alteración en la evolución clínica de las enfermedades.

Un estado nutricional deficiente disminuye el peso corporal y la masa muscular, incrementa la susceptibilidad para contraer infecciones, dificulta la cicatrización, incrementa el riesgo de complicaciones y de desarrollar úlceras por presión, prolonga el tiempo de estancia hospitalaria, aumenta la tasa de reingresos, y aumenta la morbilidad con un incremento en los costes de la asistencia¹⁷⁶.

La desnutrición en pacientes que se encuentran en hospitalización es el resultado de una compleja interacción entre la propia enfermedad, los procesos de diagnóstico y tratamiento y las características intrínsecas al ámbito hospitalario.

Ya en 2003, el Consejo de la Unión Europea en la Resolución sobre Alimentación y Cuidado Nutricional en los hospitales determinaba la importancia de la desnutrición en los hospitales, así como del establecimiento de medidas dirigidas a su prevención y tratamiento¹⁷⁷. En este marco, la estrategia sanitaria de la Unión Europea “Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008–2013”, incluyó entre sus líneas estratégicas el desarrollo de acciones para luchar contra la desnutrición relacionada con la enfermedad¹⁷⁸. Entre las recomendaciones de la Declaración de Praga de junio de 2009 relativa al problema de la Desnutrición en Europa, se incluía la necesidad de sistematizar el cribado nutricional como uno de los pasos esenciales para combatir la desnutrición en todos los niveles asistenciales^{179,180}.

La desnutrición en pacientes que se encuentran en hospitalización continúa siendo un problema sanitario cuya prevalencia, según los estudios, oscila entre el 30 y 60%¹⁸¹⁻¹⁸⁴. En el estudio PREDyCES (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España)¹⁸³, un 23% de las personas ingresadas estaban en riesgo de desnutrición, siendo las ≥ 70 años las que presentaban un mayor riesgo nutricional.

Es fundamental establecer una asistencia multidisciplinar que prevenga el deterioro del estado nutricional de las personas ingresadas¹⁸⁵. A nivel europeo, países como Dinamarca, Holanda o Reino Unido han desarrollado planes estratégicos para luchar contra la desnutrición, con el desarrollo e implantación de guías y el establecimiento de programas de cribado nutricional¹⁸⁶⁻¹⁸⁸.

La Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y representantes de otras sociedades científicas, desarrollaron en 2011 el informe “Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España” con el objeto de establecer recomendaciones para facilitar la toma de decisiones¹⁸⁹.

ANTECEDENTES

En Osakidetza, algunas organizaciones de servicios venían desarrollando acciones o proyectos para el abordaje de la desnutrición durante la hospitalización¹⁹⁰. También se desarrolló una guía de recomendaciones para el manejo de la nutrición en pacientes con úlceras por presión o riesgo de desarrollarlas¹⁹¹. Dada la importancia del problema, la Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 de Osakidetza incluyó entre sus líneas estratégicas las “Buenas prácticas en pacientes hospitalizados en riesgo de desnutrición”.

Para abordar esta línea, se creó un grupo de trabajo con profesionales de la medicina y de la enfermería de los hospitales de media larga estancia y de los hospitales de agudos de Osakidetza junto con profesionales del equipo corporativo de Seguridad del Paciente de la Dirección de Asistencia Sanitaria. En base a la evidencia disponible¹⁹²⁻¹⁹⁴ y a la experiencia desarrollada en algunas organizaciones de Osakidetza, han desarrollado un programa con el objetivo de sistematizar la atención para diagnosticar el estado nutricional del paciente ingresado, prevenir su desnutrición y favorecer una adecuada nutrición.

Los aspectos fundamentales de este programa son:

- La valoración del estado nutricional al ingreso, que incluye la realización de un cribado precoz del estado nutricional.
- Determinación de un procedimiento de actuación en base a los resultados del cribado, y definición de las intervenciones a llevar a cabo.
- Seguimiento nutricional durante la estancia hospitalaria, con una monitorización y establecimiento de la dieta específica.
- Información al alta de la persona ingresada, con transferencia de la información sobre el estado nutricional y recomendaciones, si procede, sobre los cuidados necesarios para la prevención y/o el tratamiento de la desnutrición tras el alta.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo General

Evitar la desnutrición en personas hospitalizadas en riesgo de desnutrición.

Objetivos Específicos

1. Implantar en los hospitales de media larga estancia de Osakidetza el programa desarrollado para la detección precoz de la desnutrición o el riesgo de padecerla en pacientes de los hospitales de media larga estancia.
2. Valorar la factibilidad de extender el programa a los hospitales de agudos de Osakidetza y determinar, en su caso, las poblaciones diana a las que iría dirigido.

ACCIONES

- Presentar el programa en las Direcciones de los hospitales de media larga estancia.
- Sensibilizar al conjunto de profesionales sobre la magnitud y el impacto del problema y sobre la necesidad de una detección y abordaje precoz.
- Potenciar la creación de un grupo de profesionales en cada organización que lidere la implantación del programa.
- Formar a profesionales con implicación en la valoración del estado nutricional del paciente y en la herramienta de cribado priorizada.
- Homogeneizar la recogida de información en el formulario “Control diario de ingesta” de Osabide Global.
- Favorecer el seguimiento de cara a establecer las intervenciones necesarias para un control nutricional adecuado durante la estancia hospitalaria.
- Establecer un seguimiento de la implantación del programa.

Con respecto a la factibilidad de extensión del programa a los hospitales de agudos, y en base a los resultados de la implantación del programa en los hospitales de media larga estancia, las acciones que se plantean son:

- Valorar la adecuación del programa para su implantación en los hospitales de agudos, dadas las diferentes características que presentan.
- Determinar el potencial ámbito de actuación.
- Adaptar, en su caso, el programa a este nuevo ámbito.
- Si se considera adecuado, planificar un estudio piloto para valorar su factibilidad.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes de la población diana con cribado nutricional al ingreso.
- Porcentaje de pacientes de la población diana normo-nutridos al ingreso que al alta presentan desnutrición o riesgo de la misma.
- Porcentaje de pacientes de la población diana con riesgo de desnutrición al ingreso, que no presentan desnutrición al alta.
- Porcentaje de informes de alta de unidades de hospitalización, de la población diana, en los que consta el estado nutricional de la persona y las recomendaciones pertinentes.

L 16 Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida

FUNDAMENTO

La incontinencia urinaria (IU) se define como la queja o manifestación de la pérdida involuntaria de orina¹⁹⁵. Constituye un problema médico y social muy importante que afecta tanto a la salud y a la calidad de vida de las personas que la padecen como a la familia o personas cuidadoras. Y con una repercusión importante en los recursos sanitarios necesarios para su manejo y tratamiento.

Es un problema que está infradiagnosticado, y en muchos casos infratratado o tratado de forma incorrecta. En una revisión de estudios poblacionales, la prevalencia de IU estaba en un rango entre 5 y 70% con una mayoría de estudios con prevalencias entre 25 y 45%¹⁹⁶.

En nuestro ámbito, el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI) realizó en 2009 una estimación de la prevalencia de la IU en España a partir de una revisión bibliográfica en la que incluyó 16 estudios realizados¹⁹⁷⁻¹⁹⁸. La prevalencia global de la IU fue de un 15,8%, aumentaba con la edad y era más frecuente en la mujer que en el hombre. En un estudio realizado en 2017 en una muestra representativa de la población española de personas mayores de 60 años, los datos de prevalencia de IU fueron del 15% para las mujeres y del 11,6% para los hombres¹⁹⁹.

El progresivo incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población puede tener un impacto significativo en la prevalencia de IU, ya que las personas de mayor edad son más propensas a desarrollar esta afección. Es fundamental realizar una valoración adecuada de la persona atendida y del tipo de incontinencia que presenta, ya que va a orientar tanto el diagnóstico como el tratamiento²⁰⁰.

Las personas con IU pueden asociar una serie de complicaciones desde el punto de vista médico, psicológico y social. Presentan con mayor frecuencia infecciones urinarias recurrentes, infecciones de piel, mayor riesgo de aparición de úlceras por presión y riesgo de caídas que se pueden asociar a fracturas. En pacientes frágiles en hospitalización es, junto con la anemia, uno de los factores más importantes que favorece el desarrollo de úlceras por presión. A nivel psicológico, reduce la autonomía personal y las relaciones sociales, con pérdida de la autoestima, aislamiento, depresión, ansiedad y alteraciones del sueño. A nivel social incrementa la carga de cuidados, lo que puede generar una sobrecarga en la familia o personas cuidadoras²⁰¹⁻²⁰³.

El uso de absorbentes de incontinencia urinaria (AIU) es una medida habitual en pacientes con incontinencia urinaria, tanto de forma temporal como permanente,

pero el uso de éstos no está exento de riesgos. La indicación de AIU debe individualizarse teniendo en cuenta la situación basal de la persona atendida, el diagnóstico clínico más probable, los objetivos de la asistencia, las preferencias de la persona atendida y sus familiares, y la esperanza de vida estimada. Se desaconseja su uso generalizado como tratamiento rutinario de las pérdidas involuntarias de orina en pacientes frágiles²⁰⁰⁻²⁰¹.

Diversos estudios han determinado que la utilización de AIU y la selección del tipo de absorbente no se basan en criterios específicos²⁰⁴⁻²⁰⁹. Se utilizan habitualmente de forma incorrecta y se emplean en exceso en hospitales de agudos debido a limitaciones de tiempo y barreras organizativas.

Un estudio realizado en pacientes de edad avanzada hospitalizados determinó que los errores de omisión o la atención inadecuada eran las causas más frecuentes de discapacidad iatrogénica en estas personas y que en la mayoría de los casos podían ser prevenibles. Dentro de estas causas, el uso excesivo de absorbentes fue la segunda en frecuencia²¹⁰.

La utilización de AIU se ha asociado con diferentes resultados adversos, entre los que se encuentra la incontinencia urinaria inducida. La aparición de una incontinencia urinaria en pacientes que previamente eran continentes se presenta entre el 10-21% de las personas mayores hospitalizadas y los factores que se asocian con un mayor riesgo de aparición son la presencia de un deterioro cognitivo, movilidad reducida, edad avanzada, sexo mujer y estancias prolongadas²¹¹⁻²¹⁴.

ANTECEDENTES

La Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20 priorizó esta línea de trabajo por iniciativa de los y las profesionales, dada la frecuencia de utilización de absorbentes de incontinencia urinaria en personas hospitalizadas y la repercusión de un mal uso en los mismos.

Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con profesionales de la medicina y de la enfermería de diversas especialidades y profesionales del equipo corporativo de Seguridad del Paciente de la Dirección de Asistencia Sanitaria. En el seno de este grupo de trabajo se hizo una revisión bibliográfica de la evidencia disponible.

Se ha elaborado un documento de buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida, que se encuentra disponible en la intranet de Osakidetza.

En él se recoge un capítulo relacionado con el diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria y un capítulo centrado en la utilización de absorbentes en la incontinencia urinaria

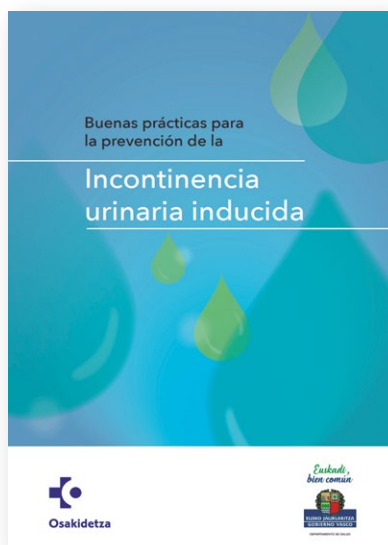


Figura 22. Buenas prácticas para la prevención de la incontinencia urinaria inducida.

con aspectos como las indicaciones, la clasificación de absorbentes, los riesgos asociados a los mismo y las buenas prácticas en su utilización. Este documento se ha difundido al conjunto de profesionales de Osakidetza.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo general

Prevenir la incontinencia urinaria inducida por uso inadecuado de AIU durante la hospitalización.

Objetivos específicos

1. Homogeneizar los criterios de elección y uso de absorbentes de incontinencia urinaria.
2. Potenciar las buenas prácticas en el uso de absorbentes de incontinencia urinaria.

ACCIONES

- Reforzar la difusión del documento de buenas prácticas entre profesionales. Sensibilizar sobre el impacto del problema y la necesidad de establecer medidas para su prevención.
- Favorecer la formación de profesionales con implicación en la valoración inicial de pacientes con incontinencia urinaria.
- Potenciar la creación de un grupo de profesionales en cada organización, que impulse un análisis de los factores favorecedores y de las potenciales barreras que encuentran para la implantación de buenas prácticas en el uso de absorbentes de incontinencia urinaria.
- Consolidar la valoración funcional del paciente en el ingreso y el análisis de las ayudas que pueda precisar.
- Homogeneizar en cada organización los criterios de indicación de absorbentes de incontinencia urinaria.
- Desarrollar en cada organización un plan de trabajo para adaptar las recomendaciones de elección y uso de absorbentes de incontinencia urinaria.
- Establecer un seguimiento de la implantación del programa.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes a quienes se realiza valoración al ingreso de la situación funcional y de las ayudas que puedan precisar.
- Porcentaje de pacientes en hospitalización con pauta de uso de AIU ajustada a las recomendaciones de la guía.
- Porcentaje de pacientes que no usaban AIU previamente al ingreso y que se les aplica durante la hospitalización.
- Porcentaje de pacientes que siendo continentes al ingreso, no lo son al alta.

L 17 Prevención del suicidio

FUNDAMENTO

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), duplicando las muertes anuales por accidente de tráfico con un promedio de 173 muertes al año. Sin embargo, la evidencia indica que puede prevenirse en hasta un 30% de los casos con enfoques multidisciplinares²¹⁵.

El sistema sanitario es uno de los ámbitos en los que la prevención del suicidio ha demostrado mejores resultados²¹⁶. Es por ello que la OMS recomienda incorporar la prevención del suicidio como un “componente central” de los servicios de salud²¹⁷. La literatura nos muestra que muchas de las intervenciones preventivas más eficaces se desarrollan desde este entorno y se han estimado reducciones cercanas al 12% en las muertes por suicidio y al 25% en los intentos de suicidio asociadas a la aplicación de este tipo de medidas²¹⁸⁻²¹⁹.

Esto es así porque las personas que se suicidan son frecuentadoras del sistema sanitario, y contactan con diferentes servicios y especialidades en las semanas previas al suicidio, lo que se asocia a la estrecha relación existente entre el suicidio y la enfermedad tanto mental como física (un 80-90% tenía un trastorno mental y hasta un 60% algún tipo de patología física con frecuencia grave o incapacitante)²²⁰⁻²²¹.

Estudios recientes, también en nuestra Comunidad, indican que estos contactos previos se realizan fundamentalmente en atención primaria y otras especialidades y no tanto en salud mental. De hecho, menos del 35% de las personas que se quitaron la vida en nuestro entorno habían consultado con un servicio de salud mental en el año previo al suicidio y hasta un 23% contactaron con atención primaria en la semana anterior a dicho suicidio. De ahí la necesidad de implicar a distintas especialidades médicas y servicios en su prevención²²².

Es importante destacar que el riesgo de suicidio pasa con frecuencia desapercibido para el profesional sanitario que atienden a estos y estas pacientes, lo que se debe a una escasa proactividad en su búsqueda (estigma, escasa formación, miedo a preguntar, etc.) y a que menos del 30% de las personas con ideas de suicidio las comunican espontáneamente a un profesional sanitario²²³.

La falta de detección del riesgo no es la única “brecha” en la seguridad del paciente con riesgo de suicidio. La literatura refleja numerosas lagunas en la atención sanitaria a este riesgo, incluyendo una gran variabilidad en la práctica clínica,

una escasa aplicación de buenas prácticas o una insuficiente formación de las y los profesionales para atender a este tipo de pacientes. En concreto las auditorías clínicas, los informes de personas usuarias de servicios o los análisis de causa raíz tras eventos centinela relacionados con el suicidio con frecuencia apuntan a los fallos en la evaluación del riesgo, las discontinuidades y lapsos en procesos asistenciales básicos, o la escasa efectividad de algunas de las intervenciones ofrecidas a la persona atendida para mejorar su seguridad, en ocasiones muy dependientes de ingresos hospitalarios cortos y poco eficaces para su control²²⁴⁻²²⁶.

A esta realidad debe añadirse la ausencia de datos válidos y fiables sobre la conducta suicida en nuestro entorno. Tal y como refleja la Estrategia de Prevención de Suicidio en Euskadi, la información sobre las tentativas de suicidio es una de las áreas en las que existen mayores lagunas en el conocimiento sobre la conducta suicida en la CAPV, lo que parece deberse a varios motivos entre los que estarían las prácticas heterogéneas de codificación. Este último aspecto añade una dificultad adicional al necesario esfuerzo de análisis y mejora de las prácticas preventivas en el entorno sanitario²¹⁵.

ANTECEDENTES

ÁMBITO INTERNACIONAL:

La prevención del suicidio desde el entorno sanitario ha tenido un mayor desarrollo en países anglosajones y Estados Unidos es uno de los países líderes en este ámbito. Destacan al menos tres iniciativas:

- La Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio de EEUU reconoce que “son necesarias estrategias integrales, que impliquen a todo el sistema sanitario y cuenten con la participación activa del conjunto de profesionales”. La propuesta define como Objetivos la inclusión de la prevención de suicidio en todos los programas de formación y re acreditación periódica de profesionales, y también en los indicadores de mejora continua de la calidad asistencial, e insta a implementar prácticas efectivas para evaluar y tratar el riesgo adoptando protocolos para la evaluación del riesgo en cualquier punto del sistema sanitario²²⁷.
- La Agencia Joint Comission de acreditación sanitaria, una de las principales en el país, incluye la prevención de suicidio entre sus Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente y las Alertas por Eventos Centinela, y a través de ellas insta a todas las organizaciones sanitarias (y no sólo a las unidades de

ingreso psiquiátrico) a cumplir unos criterios de calidad en la identificación del riesgo de suicidio y su abordaje. Dichos criterios se han actualizado y reforzado en los últimos años en base a la evidencia disponible²²⁸.

- La Iniciativa Zero Suicide, reconocida por la Asociación Internacional de Prevención de Suicidio (IASP), conceptualiza el suicidio como un evento de seguridad del paciente y propone para el sistema sanitario un modelo de prevención sistemático y proactivo con estándares de seguridad muy exigentes. Dicho modelo, desarrollado en EE. UU. y presente en más de 200 organizaciones del país, ha demostrado reducir en un 65% la conducta suicida de las personas atendidas. En la actualidad se encuentra en fase de expansión internacional y comienza a aplicarse en países europeos y asiáticos^{224,225,229}.

Un segundo enfoque fue desarrollado en el Reino Unido tras décadas de investigación sobre el suicidio en pacientes de los servicios de salud mental, e incide en la importancia de ciertos factores generales de funcionamiento de los servicios (como por ejemplo la aplicación de guías clínicas en el manejo de la depresión) y de prácticas como la revisión multidisciplinaria post incidente de casos de suicidio entre pacientes, que se asociaron a menores tasas de suicidio en los servicios que las aplicaron²³⁰⁻²³¹.

EUSKADI:

La conducta suicida y su prevención ha sido recogida como aspecto prioritario en distintas estrategias y líneas de actuación en salud en Euskadi. Un primer ejemplo lo encontramos en la “Campaña de Reducción de 10.000 efectos adversos” en 2010 de Osakidetza, iniciativa precursora de la Estrategia de Seguridad del Paciente, que incluyó entre sus objetivos la prevención del suicidio y definió siete estándares de calidad basados en la experiencia internacional.

Más recientemente, el Plan de Salud de Euskadi 2013-2020, insta a “protocolizar medidas para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en personas con diagnóstico de enfermedad mental y/o factores de riesgo” y el Marco Estratégico del Departamento de Salud 2021-2024, destaca el compromiso de “implementar la Estrategia de Prevención del Suicidio incidiendo inicialmente en la vigilancia epidemiológica, la implantación del código riesgo suicidio y en las actuaciones de postvención”. Dicha Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, presentada en 2019, propone un modelo preventivo multidisciplinar, y define un conjunto de medidas específicas para el sistema sanitario que permitan mejorar la seguridad de las personas en riesgo en sus contactos con el sistema

de salud. Entre ellas propone “Incorporar la prevención del suicidio como una línea de acción de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Osakidetza” a fin de posibilitar su inclusión como un aspecto de la seguridad a aplicar de forma transversal en todo el sistema sanitario.

Por otro lado, a lo largo de los últimos años en la CAPV se han desarrollado numerosas **iniciativas y acciones para la prevención y abordaje de la conducta suicida**, a cargo de diferentes profesionales, asociaciones o instituciones. Dichas actuaciones se han liderado fundamentalmente desde el ámbito sanitario, pero también desde otros entornos.

Estos son algunos ejemplos destacados:

- **Intervenciones en el sistema sanitario (Osakidetza):**

Desde el año 2016 Organizaciones de Salud Mental en los 3 Territorios y Consejo Sanitario han desarrollado distintas iniciativas de colaboración vinculadas a proyectos de investigación para mejorar la atención a pacientes con alto riesgo de suicidio dados de alta desde las urgencias hospitalarias.

Estas iniciativas han creado y aplicado protocolos de atención telefónica breve y mejoras en la coordinación con los recursos ambulatorios que han llegado a más de 500 pacientes con riesgo de suicidio en el Territorio.

Desde el año 2019 varias Organizaciones de Salud Mental han creado e iniciado el pilotaje de herramientas para mejorar la sistematización y calidad de la atención al riesgo de suicidio. Estas herramientas, que se han desarrollado siguiendo el modelo internacional Zero Suicide, incluyen por ejemplo un Plan de Cuidados para pacientes en riesgo que define todas las fases de la atención en base a la evidencia o un protocolo para la Revisión Postincidente de los casos de suicidio ocurridos en dichas organizaciones.

Servicios de Psiquiatría hospitalaria como el del Hospital Universitario de Galdakao cuentan con un protocolo de seguridad para reducir efectos adversos considerados evitables, entre ellos el suicidio que incluye por ejemplo alertas de Osabide Global para señalar el potencial riesgo suicida o de autoagresión estableciéndose tres niveles de cuidados de enfermería.

- **Intervenciones multicomponente y en entornos comunitarios:**

En el año 2015 se inició el despliegue del Modelo de la Alianza Europea Contra la Depresión (EAAD)²³² en varias OSIs de Gipuzkoa. La iniciativa multicomponente, considerada como un ejemplo de buena práctica en

prevención de suicidio por la Comisión Europea, ha incluido diversas acciones de sensibilización e información sobre la depresión y el suicidio para población general, sesiones de formación en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio para más de 400 de agentes sociales, charlas-coloquio de sensibilización sobre el papel de los medios en la prevención de suicidio para más de 150 profesionales y estudiantes de comunicación o mejoras en la coordinación y seguimiento de pacientes con historia reciente de tentativa entre hospitales comarcales gipuzkoanos y los centros de salud mental.

Desde el año 2019 Osakidetza (Osasun Eskola) dispone de una página web sobre prevención de suicidio con información útil para personas en riesgo de suicidio y su entorno, supervivientes y profesionales de los medios de comunicación.

En el año 2021 varias Organizaciones de Salud Mental y Osasun Eskola desarrollan y pilotan un curso de formación online para profesionales no sanitarios en identificación y primer abordaje del riesgo de suicidio (formación Gatekeeper) como herramienta para facilitar una difusión amplia de ideas y habilidades básicas en prevención de suicidio entre profesionales en contacto frecuente con colectivos vulnerables. Está previsto su despliegue en 2022.

• **Sistemas de información y vigilancia:**

Desde el año 2016 varias Organizaciones de Salud Mental de Osakidetza colaboran con el Instituto Vasco de Medicina Legal a través de proyectos de investigación para mejorar la calidad de la información, la rapidez en la disponibilidad de datos clave y el análisis de información relevante sobre el suicidio en Euskadi. Esta colaboración se ha concretado en la elaboración de Mapas de los Suicidios en el Territorio, que incluyen información epidemiológica, geográfica y clínica detallada de los casos registrados, un Registro de Suicidios o un protocolo y un plan de formación para la realización de Autopsias Psicológicas.

• **Emergencias y primera intervención:**

En el año 2020 se aprobó la Táctica operativa ICA (Incidentes de Conductas Autolíticas), como herramienta para mejorar la coordinación de profesionales del Sistema Vasco de Atención de Emergencias (Bomberos y Bomberas, Ertzaintza, Osakidetza, etc.) en la atención a la conducta suicida.

DESARROLLO ACTUAL

OBJETIVOS

Objetivo General

Mejorar la **seguridad del paciente** relacionado con el riesgo de suicidio en sus contactos con Osakidetza.

Objetivos específicos

1. Mejorar la identificación de este riesgo en las personas atendidas en cualquier servicio de Osakidetza y en especial en aquellas que acuden a atención primaria, urgencias hospitalarias y salud mental.
2. Mejorar la continuidad de cuidados de estas personas en su tránsito entre servicios de Osakidetza y en especial de aquellos con historia reciente de intento de suicidio.
3. Garantizar un manejo rápido y basado en la evidencia desde los servicios de salud mental para este riesgo. Que cubra todas las fases del proceso asistencial (evaluación y abordaje del riesgo, seguimiento y coordinación).
4. Sensibilizar y capacitar a las y los profesionales de Osakidetza para contribuir a prevenir el suicidio en sus pacientes, a través de la formación y herramientas de ayuda en la toma de decisiones.
5. Poner en marcha mecanismos que posibiliten la recogida y análisis de información de calidad sobre el fenómeno suicida y su abordaje, incluyendo el análisis de los errores y las áreas de mejora en el manejo de este riesgo.

ACCIONES PROPUESTAS

Las acciones propuestas están incluidas en la Estrategia de Prevención de Suicidio de Euskadi, dentro de los Ámbitos de Intervención Sistema Sanitario y Vigilancia Epidemiológica.

- Acción 1: Crear un Registro de Tentativas en la CAPV, como parte de un sistema de vigilancia epidemiológica más amplio de la conducta suicida, que permita conocer con suficiente precisión y rapidez las características del fenómeno y la eficacia de las acciones desarrolladas.

- **Acción 2:** Incluir la formación en prevención del suicidio en los planes de formación continuada y reciclaje periódico de profesionales (fundamentalmente de atención primaria, urgencias generales, y salud mental). Definir una periodicidad de reciclaje recomendada.
- **Acción 3:** Incorporar herramientas de ayuda en la evaluación y abordaje del riesgo de suicidio en Osabide Global, fundamentalmente dirigidas a AP, urgencias y salud mental (por ej guía clínica de osabide, checklists de verificación, preredactados, escalas etc).
- **Acción 4:** Crear un Código de Riesgo Suicida como herramienta de coordinación y ayuda en la continuidad de cuidados para pacientes en situación de especial riesgo.
- **Acción 5:** Definir y aplicar un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio en cada organización o servicio de salud mental basado en la evidencia científica.
- **Acción 6:** Realizar una revisión multidisciplinar post-incidente ante los casos de suicidio ocurridos en pacientes de las organizaciones de salud mental como herramienta para el aprendizaje y mejora.
- **Acción 7:** Incluir la evaluación del riesgo de suicidio en poblaciones o patologías de especial riesgo como indicador de evaluación de la Oferta Preferente de Osakidetza (por ejemplo, depresión, enfermedad crónica con dolor o incapacidad funcional, duelo, etc.).
- **Acción 8:** Incluir la prevención del suicidio dentro de los Contratos Programa de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI) de Osakidetza. Que sea revisado y evaluado de forma periódica para garantizar la puesta en marcha de las medidas de la Estrategia de Prevención de suicidio relativas al ámbito sanitario, con criterios de calidad.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

- Creación del Registro de Tentativas (RT).
- Porcentaje de casos registrados en cada OSI respecto de los esperados (literatura).
- Número de actividades formativas realizadas.
- Porcentaje de profesionales asistenciales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona...) de cada OSI que han recibido formación en prevención del suicidio.
- Porcentaje de profesionales asistenciales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona...) de cada OSI que se reciclan según la periodicidad recomendada.
- Número de herramientas de apoyo incluidas en Osabide.
- Número de actuaciones en cada OSI en las que se ha utilizado alguna herramienta de apoyo.
- Creación del Código Intento Suicida Reciente (CISR).
- Número total de pacientes que se incluyen en el CISR en cada OSI y % sobre el total de sus pacientes.
- Porcentaje de pacientes en CISR que no inician ni continúan seguimiento ambulatorio, en cada Red de Salud Mental.
- Porcentaje de pacientes en CISR con un tiempo hasta la visita en Salud Mental superior al recomendado, en cada Red de Salud Mental.
- Porcentaje de las organizaciones de Salud Mental en las que se ha definido y se aplica un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio.
- Número total de pacientes que se incluyen en un Plan de Cuidados en cada organización de Salud Mental y % sobre el total de pacientes.

- Porcentaje de organizaciones de Salud Mental que disponen de un protocolo para la revisión multidisciplinar de los casos de suicidio.
- Porcentaje de revisiones del riesgo de suicidio realizadas en cada organización de Salud Mental.
- Porcentaje de organizaciones de Salud Mental que elaboran un informe anual con las conclusiones de las revisiones realizadas.
- Creación de un listado de patologías y/o situaciones clínicas con especial riesgo de suicidio en las que sería aconsejable evaluar de forma habitual el riesgo de suicidio.
- Porcentaje de cumplimiento de evaluación de riesgo suicida en patologías susceptibles incluidas en la Oferta Preferente.

4. Formación

La formación del personal sanitario en Seguridad del Paciente se considera un elemento clave sobre el que se apoya la construcción de una cultura de seguridad en las organizaciones y fundamental para que el personal sanitario adquiera conocimientos y habilidades en la detección, prevención y control del daño que la asistencia sanitaria puede ocasionar a pacientes.

Las organizaciones comprometidas con la Seguridad del Paciente orientan sus esfuerzos a fomentar la cultura de seguridad en todos los niveles, promover un buen clima de seguridad y aumentar la formación en los llamados factores humanos o factores no técnicos del conjunto de profesionales, además de impulsar el desarrollo de prácticas seguras a nivel de unidades clínicas con el objetivo de mejorar la seguridad de la asistencia.

La importancia del factor humano en la mejora de la Seguridad del Paciente ha crecido en los últimos años y son varias las personas expertas que recomiendan formar al personal sanitario en este aspecto impulsando la incorporación de los principios del factor humano a la organización y teniendo en cuenta aspectos físicos (diseño, equipos, etc.), aspectos cognitivos (estado y situación del personal, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, “del equipo de trabajo al trabajo en equipo”) y aspectos organizativos (cultura de la organización)²³³⁻²³⁶.

Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de la Unión Europea establecen recomendaciones específicas para que los países de su influencia fomenten la formación en Seguridad del Paciente de todo el personal sanitario: clínico, de dirección y de gestión.

En España, la Estrategia de Seguridad del Paciente para el periodo 2015 – 2020 del Ministerio de Sanidad, recoge entre sus objetivos específicos fomentar la formación básica en seguridad clínica de todo el personal sanitario, en todos los niveles de su formación y desarrollo, así como la inclusión de conceptos sobre prácticas clínicas seguras, comunicación, trabajo en equipo y factores de los servicios de salud que influyen en la Seguridad del Paciente en el currículum mínimo de formación básica en seguridad¹².

La formación en Seguridad del Paciente debería estar incluida como una de las áreas competenciales esenciales que deben adquirir el conjunto de futuros profesionales, con el propósito de que se incorporen al entorno asistencial con una actitud proactiva en la aplicación de las medidas básicas de seguridad. La manera más eficiente de que un grupo de profesionales de la salud adquiera una competencia es que se incluya dentro de su programa reglado de formación²³⁷.

ANTECEDENTES

Con anterioridad a la Estrategia 2013–2016, Osakidetza ya venía realizando diferentes ofertas formativas en Seguridad del Paciente impulsadas bien desde las propias organizaciones o de forma corporativa englobando desde los conceptos básicos en seguridad hasta aspectos específicos vinculados a procesos concretos que han permitido establecer una base de profesionales que se han implicado en la extensión de la cultura de seguridad. El tiempo comprendido en el periodo de las dos estrategias anteriores 2013–2016 y 2017–2020 ha servido para consolidar esta trayectoria poniendo a disposición del conjunto de profesionales numerosas actividades formativas desarrolladas en diferentes formatos (presenciales, semi-presenciales, totalmente on-line...).

En el contexto de la Estrategia 2020 se contempló la formación como proceso transversal agrupando las acciones formativas en dos categorías de formación, formación básica en Seguridad del Paciente y formación específica en base a cada línea de acción establecida en la Estrategia de Seguridad del Paciente.

A día de hoy en el periodo 2013–2020 se ha formado el 65,2% de la plantilla estructural en conceptos básicos de Seguridad del Paciente, el 81% de la plantilla en higiene de manos en la asistencia sanitaria, y además 146 profesionales han realizado el curso de análisis y gestión de incidentes dirigido fundamentalmente a referentes de seguridad y a profesionales que forman parte de grupos de seguridad conformados en las diferentes organizaciones de servicios.

A partir del año 2018 se inició el curso “Intervención con segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Seguridad del Paciente” que ha tenido muy buena acogida por parte del personal formándose el 33% de la plantilla. En el año 2019, con el propósito de contribuir a la disminución de las infecciones urinarias asociadas al sondaje vesical, se puso a disposición de profesionales de la medicina, de enfermería, fisioterapeutas y personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería el curso “Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario (ITU)” en el que se han formado el 14% de profesionales de estas categorías.

Con el fin de continuar promoviendo la Seguridad del Paciente en nuestras organizaciones de servicios y con el convencimiento de que contribuye a fortalecer la cultura de seguridad, desde el año 2013 se organiza anualmente una jornada de Seguridad del Paciente en la que contamos para su desarrollo con propuestas de participación de profesionales de todas las organizaciones de servicios. Es un foro que permite compartir los avances de diferentes estrategias de organizaciones estatales, locales y de Osakidetza y que cuenta con una gran aceptación por parte de los y las profesionales.

El desarrollo de todas estas actividades formativas no sería factible sin el apoyo y el impulso proporcionado desde el Servicio Corporativo de Formación-Prestakuntza.

OBJETIVOS

1. Promover la cultura de Seguridad del Paciente en las organizaciones de servicios de Osakidetza como requisito indispensable para prevenir y minimizar incidentes de seguridad relacionados con la asistencia sanitaria.
2. Transmitir la importancia de notificar los incidentes acontecidos, analizarlos y aprender de ellos, sin culpabilizar a las personas implicadas y dando una atención correcta a las segundas y terceras víctimas.
3. Fomentar la formación básica en Seguridad del Paciente del conjunto de profesionales sanitarios, en todos los niveles de su formación y desarrollo.
4. Mejorar en la medida de lo posible junto con el servicio de formación corporativo la oferta formativa de los cursos relacionados con las líneas de Seguridad del Paciente.
5. Dar respuesta a las necesidades formativas específicas identificadas que surjan a lo largo del periodo de esta Estrategia.

ACCIONES

Las acciones formativas se seguirán agrupando en dos categorías de formación, básica en Seguridad del Paciente y formación específica en base a cada línea de acción establecida en la Estrategia de Seguridad del Paciente.

En lo referente a formación básica se plantea desarrollar las siguientes acciones:

- Actualizar los contenidos del curso básico on-line sobre Seguridad del Paciente.
- Seguir ofertando este curso básico abierto a todo el personal sanitario y no sanitario.
- Promover la formación en materia de Seguridad del Paciente de profesionales residentes en formación y extender en lo posible las posibilidades de formación básica en Seguridad del Paciente al alumnado de pregrado en prácticas en Osakidetza.

Referente a la formación específica vinculada a líneas de acción concretas, se plantea desarrollar las siguientes acciones:

- Continuar ofreciendo el curso on-line de higiene de manos en la asistencia sanitaria a todo el personal sanitario y no sanitario.
- Desarrollar tres ediciones anuales del curso semi-presencial sobre análisis y gestión de incidentes de seguridad.

- Continuar ofreciendo el curso on-line sobre segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Seguridad del Paciente a todo el personal sanitario y no sanitario.
- Continuar ofreciendo el curso on-line sobre reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario a las personas profesionales a las que va dirigido.
- Responder a las necesidades formativas que se deriven de la puesta en marcha de nuevas líneas de acción de esta Estrategia de Seguridad.
- Desarrollar acciones formativas sobre principios básicos de Seguridad del Paciente ajustadas al entorno asistencial específico de Emergencias.
- Continuar realizando una Jornada de Seguridad anual, que da respuesta tanto al objetivo de sensibilizar y reforzar los principios básicos de la Seguridad del Paciente como la de difundir las prácticas seguras desarrolladas en las organizaciones de servicios para la mejora de la seguridad de la asistencia prestada.

5. Indicadores

A continuación, se describen los indicadores, fórmulas y estándares, definidos para las diferentes líneas de acción de esta estrategia. En base a las evaluaciones realizadas, propuestas de mejora, evidencia científica etc. se actualizarán periódicamente.

INDICADOR	FÓRMULA	ESTÁNDAR
LÍNEA 1: GESTIÓN DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD		
Nº de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP.	-	-
Tasa de notificaciones de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP por cada 100 profesionales.	$\frac{\text{Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP}}{\text{Nº de profesionales de la OSI (plantilla estructural)}} \times 100$	>17%
Nº de profesionales de la organización que han recibido formación en gestión de riesgos.	-	-
Porcentaje de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP con análisis realizado.	$\frac{\text{Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP con análisis realizado}}{\text{Nº total de incidentes sin daño notificados en el SNASP}} \times 100$	>55%
% de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP (originados en la Organización) y analizados, en los que "si procede" tienen propuestas acciones de mejora.	$\frac{\text{Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP, con propuestas de acciones de mejora}}{\text{Nº total de incidentes sin daño notificados en el SNASP y analizados, en los que procede poner acciones de mejora}} \times 100$	>90%
% de acciones de mejora implantadas en relación con las propuestas.	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implantadas en los incidentes sin daño notificados en el SNASP}}{\text{Nº total de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	>80%
% de acciones de mejora implantadas con seguimiento realizado.	$\frac{\text{Nº de acciones de mejora implantadas con seguimiento realizado en los incidentes sin daño notificados en el SNASP}}{\text{Nº total de acciones de mejora implantadas que requieren seguimiento}} \times 100$	-
% de Organizaciones que hacen informes anuales del Sistema de Notificación de incidentes "sin daño" (SNASP).	$\frac{\text{Nº de Organizaciones que hacen Informes anuales del Sistema de Notificación de incidentes "sin daño" (SNASP)}}{\text{Nº total de Organizaciones}} \times 100$	100%
Nº de sesiones formativas de sensibilización a profesionales.	-	-
Nº de "buenas prácticas" difundidas (informes, boletines, alertas de seguridad,).	-	-
% de organizaciones que aplican la Instrucción 2/2018, relativa a la notificación y gestión de Eventos Adversos.	$\frac{\text{Nº de Organizaciones que aplican la Instrucción 2/2018}}{\text{Nº total de Organizaciones}} \times 100$	100%

LÍNEA 2: ATENCIÓN A LAS SEGUNDAS Y TERCERA VÍCTIMAS		
% de organizaciones que han implantado y/o adaptado el Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han implantado el Protocolo de Atención a las 2ª Víctimas}}{\text{Nº total de organizaciones}}$	100%
% de organizaciones en las que se han realizado acciones de sensibilización y formación sobre la repercusión que tienen los EA para el conjunto de profesionales y la institución.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han realizado acciones de formación/sensibilización sobre EA}}{\text{Nº total de organizaciones}}$	100%
Nº de EA graves o eventos centinela notificados a través de informe realizado por equipo de gestión del EA en cada organización.	Número	-
% de EA en los que se ha aplicado el protocolo de atención a segundas víctimas en relación a los notificados.	$\frac{\text{Nº de EA en los que se aplica el Protocolo de Atención a las 2ª Víctimas}}{\text{Nº total de EA}}$	80%
LÍNEA 3: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES		
% de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP relacionados con la identificación de pacientes.	$\frac{\text{Nº de incidentes sin daño notificados en el SNASP relacionados con la identificación de pacientes}}{\text{Nº total de incidentes "sin daño" notificados en el SNASP}} \times 100$	<4%
% de pacientes hospitalizados, correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.	$\frac{\text{Nº de pacientes hospitalizados correctamente identificados con presencia de pulsera (corte)}}{\text{Nº de pacientes hospitalizados (en el momento del corte)}} \times 100$	100%
% de pacientes en urgencias, correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.	$\frac{\text{Nº de pacientes en urgencias correctamente identificados con presencia de pulsera (corte)}}{\text{Nº de pacientes en urgencias (en el momento del corte)}} \times 100$	100%
% de pacientes en hospitalización de día (Médico / Quirúrgico) correctamente identificados con el brazalete de identificación corporativo.	$\frac{\text{Nº de pacientes en hospitalización de día (Médico / Quirúrgico) correctamente identificados con presencia de pulsera (corte)}}{\text{Nº de pacientes en hospitalización de día (Médico / Quirúrgico) (en el momento del corte)}} \times 100$	100%
% de pacientes en los centros con hospitalización psiquiátrica de media-larga estancia correctamente identificados.	$\frac{\text{Nº de pacientes en hospitalización psiquiátrica de media larga estancia correctamente identificados con los procedimientos específicos establecidos}}{\text{Nº de pacientes en hospitalización psiquiátrica de media larga estancia (en el momento del corte)}} \times 100$	-

% de pacientes no hospitalizados correctamente identificados, pendientes de realizarse pruebas diagnósticas/tratamientos invasivos (radioterapia, hemodiálisis, endoscopias, ...).	$\frac{\text{Nº de pacientes no hospitalizados pendientes de realizarse pruebas diagnósticas/tratamientos invasivos correctamente identificados}}{\text{Nº total de pacientes no hospitalizados pendientes de realizarse pruebas diagnósticas/tratamientos invasivos (en el momento del corte)}} \times 100$	-
% de pacientes en Atención Primaria correctamente identificados.	$\frac{\text{Nº de pacientes pendientes de ser atendidos en AP correctamente identificados}}{\text{Nº total de pacientes pendientes de ser atendidos en AP (en el momento del corte)}} \times 100$	-
% de organizaciones que han implantado el procedimiento corporativo de "identificación inequívoca de pacientes".	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han implantado el procedimiento corporativo de "identificación inequívoca de pacientes"}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	100%
% de organizaciones que han implantado un procedimiento para la identificación inequívoca en la administración de medicación.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han implantado un procedimiento para la identificación inequívoca en la administración de medicación}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	100%
% de organizaciones que han desarrollado acciones dirigidas a implicar a pacientes /familiares/ cuidadoras, en el proceso de identificación inequívoca.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han desarrollado acciones dirigidas a implicar a pacientes / familiares/ personas cuidadoras, en el proceso de identificación inequívoca}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	-
LÍNEA 4: IMPLICACIÓN DE PACIENTES EN SU SEGURIDAD		
% de organizaciones que han revisado sus planes de acogida incluyendo en ellos información sobre aspectos concretos de seguridad.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que incluyen en sus planes de acogida aspectos concretos sobre seguridad}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	100%
% de organizaciones que han realizado acciones de formación y sensibilización en materia de seguridad clínica dirigidas específicamente a pacientes.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han realizado acciones de formación y sensibilización}}{\text{Nº Total de organizaciones}} \times 100$	75%
% de organizaciones que han establecido alianzas con asociaciones de pacientes u otros grupos para desarrollar acciones conjuntas destinadas a mejorar la Seguridad del Paciente.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han establecido alianzas con asociaciones de pacientes u otros grupos}}{\text{Nº Total de organizaciones}} \times 100$	75%

% de organizaciones que han realizado sesiones de formación en Seguridad del Paciente dirigidas específicamente a profesionales de los Servicios de Atención al Paciente y Usuario (SAPU).	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han realizado sesiones de formación en seguridad del paciente dirigidas a los SAPU}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	75%
% de organizaciones que han incorporado a pacientes en sus comités de seguridad y/o en los equipos de trabajo sobre temas relacionados con la Seguridad del Paciente.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han incorporado a pacientes en equipos de trabajo sobre seguridad}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	75%
Existencia de un procedimiento consensuado para el tratamiento de las quejas y reclamaciones que puedan constituir una fuente de información sobre incidentes de seguridad.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que cuentan con un procedimiento para el tratamiento de las quejas y reclamaciones}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	100%
Nº de quejas y reclamaciones analizadas con enfoque de seguridad por contener información relativa a incidentes de seguridad.	Número	-
Existencia de un programa/canal que posibilite la notificación de incidentes por parte de pacientes, familiares y personas cuidadoras.	Si/No	-
Nº de incidentes de seguridad notificados por parte de pacientes a través del canal específico de comunicación.	Número	-
LÍNEA 5: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN		
Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales de pacientes revisado y actualizado.		Disponible
% de pacientes de la población diana con conciliación de la medicación (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado).	$\frac{\text{Nº de pacientes de la población diana con conciliación de la medicación}}{\text{Nº de pacientes de la población diana}} \times 100$	≥75%
Discrepancias no justificadas (podrá desglosarse el indicador por cada uno de los momentos en los que se realice la conciliación: ingreso, alta, traslado).	$\frac{\text{Nº de discrepancias no justificadas}}{\text{Total de pacientes con conciliación realizada}} \times 100$	≤2

LÍNEA 6: OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE			
Realización de auditorías de calidad en los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear de cada organización.	Si/No	Disponible	
Incidentes de seguridad, eventos adversos y sucesos centinela en los servicios de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear de cada organización.	Número	-	
LÍNEA 7: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL			
Número de reacciones adversas.	Número	-	
Número de casi incidentes.	Número	-	
Porcentaje de reacciones adversas (sobre componentes transfundidos).	$\frac{\text{Nº de reacciones adversas con consecuencias en términos de morbilidad (secuelas) o mortalidad}}{\text{Nº de componentes transfundidos}} \times 100$	-	
Número de unidades transfundidas (Hematies, Plaquetas, Plasma).	Número		
LÍNEA 8: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA			
Incidencia de infección de la herida quirúrgica profunda y de órgano, en cirugía electiva colorrectal con seguimiento a 30 días.	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía electiva colorrectal en el período de análisis, con seguimiento a 30 días, que presentan una infección postoperatoria de la herida quirúrgica profunda y de órgano}}{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía electiva colorrectal en el período de análisis}} \times 100$	≤20%	
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera con seguimiento a 90 días.	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía protésica de cadera en el período de análisis, con seguimiento a 90 días, que presentan una infección de herida quirúrgica}}{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía protésica de cadera en el período de análisis}} \times 100$	≤5%	
Incidencia de infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla con seguimiento a 90 días.	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía protésica de rodilla en el período de análisis, con seguimiento a 90 días, que presentan una infección de herida quirúrgica}}{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía protésica de rodilla en el período de análisis}} \times 100$	≤5%	

Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis antibiótica estando indicada.	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas que no reciben profilaxis antibiótica, estando indicada}}{\text{Nº personas intervenidas en las que está indicada la profilaxis}} \times 100$	<5%
Estudios de incidencia de Infección Nosocomial en área médica y acciones mejora.		Estudio y presentación de un plan de mejora
Actualización del PVPCIN.		Realizada
Existencia de un plan de detección de infecciones por microorganismos multirresistentes en unidades asistenciales.		Disponible
Profesionales (tanto personal sanitario como no sanitario) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios.	$\frac{\text{Nº asistentes que han finalizado el curso (acumulado)}}{\text{Nº de profesionales de la OS (plantilla estructural)}} \times 100$	-
% Camas de UCI con Preparados de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención.	$\frac{\text{Nº de camas de UCI con PBA en el punto de atención}}{\text{Nº de camas de UCI}} \times 100$	100%
% Camas hospitalización con PBA en el punto de atención.	$\frac{\text{Nº de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención}}{\text{Nº de camas de hospitalización}} \times 100$	100%
Consumo de PBA en hospitalización.	$\frac{\text{Nº litros entregados}}{\text{Nº total de estancias en el período evaluado}} \times 100$	-
Consumo de PBA en AP.	$\frac{\text{Nº litros PBA entregados}}{\text{Nº total de consultas en el período evaluado}} \times 100$	-
Observación higiene de manos.	$\frac{\text{Nº de acciones de higiene de manos}}{\text{Nº oportunidades de higiene de manos observadas}} \times 100$	-
Observación uso de PBA.	$\frac{\text{Nº de acciones de higiene de manos con PBA}}{\text{Nº de oportunidades de higiene de manos observadas}} \times 100$	-

Existencia de un Plan definido en el que se recogen las intervenciones a llevar a cabo para la reducción de la infección del tracto urinario asociado a cateterización urinaria.	-	100%
Reducción porcentual en la Prevalencia de infección urinaria (IU) en pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) con respecto al año anterior (EPINE).	$\frac{\text{Prevalencia IU año anterior} - \text{Prevalencia IU año actual}}{\text{Prevalencia IU año anterior}} \times 100$	≥25%
Porcentaje de cumplimentación de retirada de sonda ajustándose a protocolo en las organizaciones con cirugías menores y cesáreas.	$\frac{\text{Nº de sondas retiradas ajustándose a protocolo}}{\text{Nº de sondas que se pueden retirar con criterio según protocolo}} \times 100$	100%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica.	$\frac{\text{Nº de intervenciones con criterio cumplido}}{\text{Nº de intervenciones recogidas con criterio de profilaxis antibiótica}} \times 100$	>95%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la aplicación de Clorhexidina Alcohólica.	$\frac{\text{Nº de intervenciones con criterio cumplido}}{\text{Nº de intervenciones recogidas}} \times 100$	>90%
Proyecto IQZ: Cumplimiento global de la eliminación del vello.	$\frac{\text{Nº de intervenciones con criterio cumplido}}{\text{Nº de intervenciones recogidas}} \times 100$	>90%
Desarrollo de PROA en las OSI y Hospitales de media larga estancia.	-	100%
Tasa media de bacteriemia primaria y asociada a catéter venoso central en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).	$\frac{\text{Nº bacteriemias primaria y asociadas a catéter venoso central}}{\text{Días de catéter venoso central}} \times 1000$	Hosp<500 camas <2,5 Hosp≥500 camas <4
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).	$\frac{\text{Nº neumonías asociadas a ventilación mecánica}}{\text{Total días de ventilación mecánica}} \times 1000$	Hosp<500 camas <4 Hosp≥500 camas <7
Tasa media de infección del tracto urinario asociado a sondaje en todas las organizaciones de servicios con Unidades de Cuidados Intensivos (Tasa de incidencia por 1.000 días de dispositivo).	$\frac{\text{Nº de ITU asociada a sondaje uretral}}{\text{Días de sondaje uretral}} \times 1000$	Hosp<500 camas <3 Hosp≥500 camas <3

LÍNEA 9: CIRUGÍA SEGURA		
Porcentaje global de personas intervenidas de cirugía programada y urgente a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía programada y urgente a las que se les ha aplicado el LVSQ}}{\text{Nº total de personas intervenidas en cirugía programada y urgente}} \times 100$	>90%
Porcentaje de personas intervenidas de cirugía programada a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía programada a las que se les ha aplicado el LVSQ}}{\text{Nº total de personas intervenidas en cirugía programada}} \times 100$	≥95%
Porcentaje de personas intervenidas de cirugía urgente a las que se les aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nº de personas intervenidas de cirugía urgente a las que se les ha aplicado el LVSQ}}{\text{Nº total de personas intervenidas en cirugía urgente}} \times 100$	≥70%
Porcentaje de servicios quirúrgicos que han realizado sesiones de sensibilización sobre la adecuada utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nº de sesiones de sensibilización sobre la adecuada utilización del LVSQ}}{\text{Nº total de servicios quirúrgicos}} \times 100$	100%
Porcentaje de servicios quirúrgicos que han realizado autoevaluación, mediante observación, sobre la utilización del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	$\frac{\text{Nº de servicios quirúrgicos que han realizado autoevaluación, mediante observación, sobre la adecuada utilización del LVSQ (corte anual)}}{\text{Nº total de servicios quirúrgicos}} \times 100$	100%
Porcentaje de organizaciones que han adaptado el "Protocolo para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo" a sus características organizativas.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han adaptado el protocolo para evitar la cirugía en el sitio quirúrgico erróneo}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	100%
LÍNEA 10: SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO		
Partos instrumentales.	$\frac{\text{Nº de partos instrumentales}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$	<20% Anual
Desgarros de 3º y 4º grado.	$\frac{\text{Nº desgarros 3º y 4º}}{\text{Nº partos vaginales}} \times 100$	<3% Anual
Partos por cesárea.	$\frac{\text{Nº de partos por cesárea}}{\text{Nº total de partos}} \times 100$	<15% Anual

Tasa de puérperas que presentan infección puerperal.	$\frac{\text{Nº de puérperas con infección}}{\text{Nº puérperas dadas de alta}} \times 1000$	<20% Anual
Tasa de complicaciones hemorrágicas.	$\frac{\text{Nº de puérperas que han requerido transfusión}}{\text{Nº puérperas dadas de alta}} \times 1000$	<12% Anual
Tasa de reingresos urgentes tras el parto.	$\frac{\text{Nº de puérperas que reingresan por urgencias en el mismo servicio (por patología) en menos de 30 días tras el parto}}{\text{Nº de puérperas dadas de alta}} \times 1000$	<5% Anual
% de partos eutócicos con episiotomía.	$\frac{\text{Nº de puérperas con parto eutócico y episiotomía}}{\text{Nº de partos eutócicos}} \times 100$	<20 % Anual
Tasa de mortalidad materna.	$\frac{\text{Nº de muertes de mujeres durante el embarazo, el parto, o dentro de los 42 días después del parto}}{\text{RN vivos}} \times 1000$	<0,06% Anual
Tasa de mortalidad neonatal precoz.	$\frac{\text{Nº de RN muertos con peso } \geq 500\text{g}}{\text{Nº de RN con peso } \geq 500\text{g}} \times 1000$	<7% Anual
LÍNEA 11: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS		
Porcentaje de organizaciones que cuentan con una persona referente de seguridad en los servicios de Urgencias, o bien, al menos un profesional del servicio de Urgencias forma parte de la Comisión de Seguridad de su Organización.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que disponen de persona referente de seguridad en el SU, o bien que al menos un profesional del SU forme parte de la Comisión de Seguridad de su organización}}{\text{Nº de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	100%
Número de incidentes de seguridad del servicio de Urgencias notificados.	Número	-
Porcentaje de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora.	$\frac{\text{Nº incidentes analizados con propuesta de acciones de mejora}}{\text{Nº total de incidentes notificados}} \times 100$	≥50%
Porcentaje de acciones de mejora implantadas.	$\frac{\text{Nº de Acciones de mejora implantadas}}{\text{Nº de acciones de mejora propuesta}} \times 100$	≥60%

Número de sesiones de difusión del documento "BB PP en el sistema de utilización de medicamentos en los servicios de Urgencias" realizadas.	Número	-
Porcentaje de profesionales que conocen el documento "BB.PP. en el sistema de utilización de medicamentos en los servicios de Urgencias".	$\frac{\text{Nº de profesionales que conocen el documento BB.PP. en el sistema de utilización de medicamentos en los SU}}{\text{Nº total de profesionales del SU}} \times 100$	100%
Porcentaje de organizaciones que cuentan con la colaboración de personal facultativo de farmacia en el servicio de Urgencias para mejorar la seguridad en las distintas fases del proceso de medicación.	$\frac{\text{Nº de SU que cuentan con la colaboración de personal facultativo de farmacia en el SU}}{\text{Nº de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	≥70%
Porcentaje de organizaciones que han cumplimentado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización del medicamento en los servicios de Urgencias.	$\frac{\text{Nº de SU que han cumplimentado el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización del medicamento}}{\text{Nº de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	≥80%
Número de sesiones de formación impartidas en los servicios de Urgencias sobre el sistema de prescripción electrónica de Osakidetza al personal en formación, así como al resto de profesionales que prescriben.	Número	-
Número de sesiones de difusión del documento "BB.PP. en prevención de la infección en los servicios de Urgencias".	Número	-
Porcentaje de profesionales que conocen el documento "BB.PP. en prevención de la infección en los servicios de Urgencias".	$\frac{\text{Nº de profesionales que conocen el documento BB.PP. en prevención de la infección en los SU}}{\text{Nº total de profesionales del SU}} \times 100$	100%
Porcentaje de organizaciones en las que el servicio de Urgencias cuenta con un protocolo de atención específico ante el potencial incremento de la demanda asistencial por patología respiratoria.	$\frac{\text{Nº de SU cuenta con un protocolo de atención específico ante el incremento de la demanda asistencial por patología respiratoria}}{\text{Nº de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	100%
Porcentaje de profesionales que conocen el documento "BB.PP. en transferencias del paciente en los servicios de Urgencias".	$\frac{\text{Nº de profesionales que conocen el documento BB.PP. en transferencias del paciente en los SU}}{\text{Nº total de profesionales del SU}} \times 100$	100%
Porcentaje de servicios de Urgencias que cuentan con protocolos consensuados con otros servicios del hospital (hospitalización, UCJ, quirófano, etc.) para la adecuada transferencia de pacientes (física y de información).	$\frac{\text{Nº de SU que cuentan con protocolos consensuados con otros servicios del hospital (hospitalización, UCJ, quirófano, etc.) para la adecuada transferencia de pacientes}}{\text{Nº de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	≥80%

Porcentaje de servicios de Urgencias en las que se ha consensuado un protocolo con la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de SU que cuentan con un protocolo con la Red de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información}}{\text{N}^{\circ} \text{ de organizaciones que en su cartera de servicios cuentan con SU}} \times 100$	≥80%
Porcentaje de personas atendidas correctamente identificadas (con el brazalete de identificación corporativo).	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas atendidas correctamente identificadas (corte anual)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de personas atendidas en el SU (en el momento del corte)}} \times 100$	100%
LÍNEA 12: SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIAS		
Porcentaje de profesionales del servicio de Emergencias que han realizado el “Curso básico sobre Seguridad del Paciente.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del servicio de Emergencias que han realizado el curso básico sobre Seguridad del Paciente}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de profesionales del servicio de Emergencias}} \times 100$	≥80%
Número de incidentes de seguridad notificados correspondientes a Emergencias.	Número	
Porcentaje de incidentes analizados y con propuesta de acciones de mejora.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ incidentes analizados con propuesta de acciones de mejora}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de incidentes notificados}} \times 100$	≥50%
Porcentaje de acciones de mejora implantadas.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Acciones de mejora implantadas}}{\text{N}^{\circ} \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	≥60%
Porcentaje de profesionales de Emergencias que han realizado el curso de “Intervención con segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Seguridad del Paciente”.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales del servicio de Emergencias que han realizado el curso de Intervención con segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Seguridad del Paciente}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de profesionales del servicio de Emergencias}} \times 100$	≥70%
Porcentaje de organizaciones con las que Emergencias ha consensuado un protocolo para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de organizaciones de servicios que cuentan con un protocolo consensuado con Emergencias para la adecuada transferencia de pacientes, incluyendo la transferencia física y de información}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de organizaciones}} \times 100$	≥80%
Porcentaje de personas atendidas correctamente identificadas.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de personas atendidas correctamente identificadas (corte anual)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de personas atendidas a cargo del servicio de Emergencias (en el momento del corte)}} \times 100$	≥90%
Porcentaje de movilizaciones erróneas de ambulancia.	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de movilizaciones de ambulancia erróneas (durante un periodo de tiempo establecido)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de movilizaciones (durante el tiempo de estudio establecido)}} \times 100$	<1%

LÍNEA 13: SEGURIDAD DEL PACIENTE VINCULADA A CIUDADOS			
% de personas hospitalizadas a las que se les ha realizado valoración del riesgo de desarrollar UPP.	Nº de personas hospitalizadas a las que se les ha realizado valoración del riesgo de desarrollar UPP Nº total de personas hospitalizadas	$\frac{\text{Nº de personas hospitalizadas a las que se les ha realizado valoración del riesgo de desarrollar UPP}}{\text{Nº total de personas hospitalizadas}} \times 100$	>95%
Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión.	Sí/No		-
Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas en Osanaia.	Nº de úlceras detectadas y no registradas en Osanaia en el momento del corte de prevalencia Nº de úlceras detectadas en el momento del corte de prevalencia	$\frac{\text{Nº de úlceras detectadas y no registradas en Osanaia en el momento del corte de prevalencia}}{\text{Nº de úlceras detectadas en el momento del corte de prevalencia}} \times 100$	<5%
Tasa de incidencia de úlceras por presión de origen intrahospitalario de categoría II o superior en base a estancias, declaradas a través de Osanaia.	Nº de úlceras por presión de origen intrahospitalario de categoría II o superior Nº de estancias (días)	$\frac{\text{Nº de úlceras por presión de origen intrahospitalario de categoría II o superior}}{\text{Nº de estancias (días)}} \times 1000$	< 5% (agudos) < 15% (m-l est)
Tasa de incidencia de caídas intrahospitalarias en base a estancias, declaradas a través de Osanaia.	Nº de caídas de origen intrahospitalario Nº de estancias (días)	$\frac{\text{Nº de caídas de origen intrahospitalario}}{\text{Nº de estancias (días)}} \times 1000$	<4%
LÍNEA 14: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN			
Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de potasio intravenoso.	Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de potasio intravenoso Total de organizaciones en las que aplica	$\frac{\text{Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de potasio intravenoso}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-
Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de insulinas.	Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de insulinas Total de organizaciones en las que aplica	$\frac{\text{Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de insulinas}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-
Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de anticoagulantes orales.	Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de anticoagulantes orales Total de organizaciones en las que aplica	$\frac{\text{Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de anticoagulantes orales}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-
Proporción de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de citostáticos.	Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de citostáticos Total de organizaciones en las que aplica	$\frac{\text{Nº de organizaciones con implementación de “buenas prácticas” como estrategia para la prevención de errores en la administración de citostáticos}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-

Proporción de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-
Proporción de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en las Unidades de Cuidados Intensivos.	$\frac{\text{Nº de organizaciones que han realizado autoevaluación de la seguridad del uso de medicamentos en las UCIs}}{\text{Total de organizaciones en las que aplica}} \times 100$	-
LÍNEA 15: BUENAS PRÁCTICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN		
Porcentaje de pacientes de la población diana con cribado nutricional al ingreso.	$\frac{\text{Nº pacientes de la población diana con cribado nutricional al ingreso}}{\text{Nº pacientes población diana}} \times 100$	100%
Porcentaje de pacientes de la población diana normo-nutridos al ingreso, que al alta presentan desnutrición o riesgo de la misma.	$\frac{\text{Nº pacientes de la población diana normo nutridos al ingreso y con riesgo de desnutrición o desnutrición al alta}}{\text{Nº pacientes población diana normo nutridos al ingreso}} \times 100$	≤ 5-10%
Porcentaje de pacientes de la población diana con riesgo de desnutrición al ingreso, que no presentan desnutrición al alta.	$\frac{\text{Nº pacientes de la población diana con riesgo de desnutrición al ingreso y que no presentan desnutrición al alta}}{\text{Nº pacientes población diana con riesgo de desnutrición al ingreso}} \times 100$	≥ 90-95%
Porcentaje de informes de alta de unidades de hospitalización, de la población diana, en los que consta el estado nutricional de la persona y las recomendaciones pertinentes.	$\frac{\text{Nº informes de alta de la población diana en los que consta estado nutricional y recomendaciones}}{\text{Nº informes de alta de población diana}} \times 100$	100%
LÍNEA 16: BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA INDUCIDA		
Porcentaje de pacientes a quienes se realiza valoración al ingreso de la situación funcional y de las ayudas que puedan precisar.	$\frac{\text{Nº de pacientes a quienes se realiza valoración al ingreso}}{\text{Total de pacientes en hospitalización}} \times 100$	100%
Porcentaje de pacientes en hospitalización con pauta de uso de AIU ajustada a las recomendaciones de la guía.	$\frac{\text{Nº de pacientes en hospitalización con pauta de uso de AIU según recomendaciones}}{\text{Total de pacientes en hospitalización}} \times 100$	100%

Porcentaje de pacientes que no usaban AIU previamente al ingreso y que se les aplica durante la hospitalización.	N° de pacientes que no usaban AIU previamente al ingreso, que se les aplica AIU durante hospitalización $\frac{\text{Total de pacientes que no usan AIU al ingreso}}{\text{Total de pacientes que no usan AIU al ingreso}} \times 100$	-
Porcentaje de pacientes que siendo continentes al ingreso, no lo son al alta.	N° de pacientes continentes al ingreso pero no al alta $\frac{\text{N° pacientes continentes al ingreso}}{\text{N° pacientes continentes al ingreso}} \times 100$	-
LÍNEA 17: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO		
Creación del Registro de tentativas (RT).		-
% de casos registrados en cada OSI respecto de los esperados (literatura).	N° de casos registrados en cada OSI $\frac{\text{N° total de casos esperados}}{\text{N° total de casos esperados}} \times 100$	
N° de actividades formativas realizadas.	-	
% de profesionales asistenciales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...) de cada OSI que han recibido formación en prevención de suicidio.	N° de profesionales asistenciales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona...) de la OSI que han recibido formación en prevención de suicidio $\frac{\text{Plantilla estructural de la OSI (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...)}}{\text{Plantilla estructural de la OSI (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...)}} \times 100$	
% de profesionales asistenciales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...) de cada OSI que se reciclan según la periodicidad recomendada.	N° de profesionales (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona...) de la OSI que se reciclan según periodicidad recomendada $\frac{\text{Plantilla estructural de la OSI (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...)}}{\text{Plantilla estructural de la OSI (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, psicología, trabajo social, terapeuta ocupacional, fisioterapia, matrón y matrona ...)}} \times 100$	
N° de herramientas de apoyo incluidas en Osabide.	-	
N° de actuaciones en cada OSI en las que se ha utilizado alguna herramienta de apoyo.	-	

Creación del Código Intento Suicida Reciente (CISR).	-	Disponible
Nº total de pacientes que se incluyen el CISR en cada OSI y % sobre el total de sus pacientes.	$\frac{\text{Nº de pacientes que se incluyen en el CISR en cada OSI}}{\text{Nº total de pacientes de la OSI}} \times 100$	-
% de pacientes en CISR que no inician ni continúan seguimiento ambulatorio, en cada Red de Salud Mental.	$\frac{\text{Nº de pacientes en CISR que no inician ni continúan seguimiento ambulatorio, en cada Red de Salud Mental}}{\text{Nº total de pacientes que se incluyen en el CISR de cada Red de Salud Mental}} \times 100$	
% de pacientes en CISR con un tiempo hasta la visita en salud mental superior al recomendado, en cada Red de Salud Mental.	$\frac{\text{Nº de pacientes en CISR con un tiempo hasta la visita superior al recomendado, en cada Red Salud Mental}}{\text{Nº total de pacientes que se incluyen en el CISR en cada Red de Salud Mental}} \times 100$	
% de organizaciones de Salud Mental en las que se ha definido y se aplica un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio.	$\frac{\text{Nº de organizaciones de Salud Mental en las que se ha definido y se aplica un Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio}}{\text{Nº total de organizaciones}} \times 100$	
Nº total de pacientes que se incluyen en un Plan de Cuidados en cada organización de salud mental y % sobre el total de pacientes.	$\frac{\text{Nº de pacientes con Plan de Cuidados para el riesgo de suicidio en cada organización de Salud Mental}}{\text{Nº total de pacientes de cada organización de Salud Mental}} \times 100$	
%de las organizaciones de Salud Mental que disponen de un protocolo para la revisión multidisciplinar de los casos de suicidio.	$\frac{\text{Nº de organizaciones de salud Mental que cuentan con protocolo para la revisión multidisciplinar de casos de suicidio}}{\text{Nº total de organizaciones de Salud Mental}} \times 100$	
% de revisiones del riesgo de suicidio realizadas en cada organización de Salud Mental.	$\frac{\text{Nº de revisiones del riesgo de suicidio en cada organización de Salud Mental}}{\text{Nº total de pacientes en cada organización de Salud Mental}} \times 100$	

<p>% de organizaciones de Salud Mental que elaboran un informe anual con las conclusiones de las revisiones realizadas.</p>	<p>Nº de organizaciones de Salud Mental que elaboran informe anual con las conclusiones de las revisiones realizadas</p> <p>_____ x 100</p> <p>Nº total de organizaciones de Salud Mental</p>	
<p>Creación de un listado de patologías y/o situaciones clínicas con especial riesgo de suicidio en las que sería aconsejable evaluar de forma habitual el riesgo de suicidio.</p>	<p>-</p>	<p>Disponible</p>
<p>% de cumplimiento de evaluación de riesgo suicida en patologías susceptibles incluidas en la Oferta Preferente.</p>		

6. Bibliografía

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura 2008.
3. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/ENEAS.pdf>
4. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Estudio APEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/estudiosEpidemiologicos/docs/APEAS.pdf>
5. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/publica/SeguridadPacienteEs.pdf
6. Osakidetza. Estrategia de Seguridad del Paciente 20 20. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cinfo_estrategia_seg_paciente/es_def/adjuntos/ESTRATEGIA2020_es.pdf
7. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Marco Estratégico 2021-2024. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/marco_estrategico_2021_2024/es_def/adjuntos/Marco-Estrategico-Departamento-Salud-2021-2024.pdf
8. Conklin, A. Room for improvement; Strong patient safety systems could limit health, social and economic harms from medical error. RAND Europe, 2009. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2009/RAND_RB9472.pdf
9. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf

10. Ministerio de Sanidad y Consumo. La seguridad del paciente en siete pasos. Agencia Nacional para la seguridad del paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2005. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp5.pdf
11. Making Healthcare Safer III. Content last reviewed April 2020. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/mhs3/index.html>
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Formación Autoguiada en Seguridad del Paciente. Gestión de riesgos y mejora de la seguridad del paciente: tutorial y herramientas de apoyo. [Internet]. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/>
14. Bañeres J, Cavero E, López L et al. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. Tensiones y posibles conflictos de legales. Primer Informe. Marzo 2007. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SistemaNotificacionRegistroPrimerInforme.pdf>
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario. Perspectiva de derecho comparado. Segundo Informe, diciembre de 2007. [consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SistemaNotificacionRegistroSegundoInforme.pdf>
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales. 2009. [Consultado marzo 2022].

Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/EstablecimientoSistemaNacionalNotificacion.pdf>

18. Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet] [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Declaracion_final_15nov2007.pdf
19. Osakidetza. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP). [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: http://incidentesdeseguridad.osasunet/_UI/_public/Inicio-is.aspx
20. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2014. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/plan_gubernamental/12_planest_xileg/es_plang_13/adjuntos/Plan_salud_2013_2020%20cast.pdf
21. Decreto 78/2016 de 17 de mayo, sobre medidas de seguridad de pacientes que reciben asistencia sanitaria en los centros y servicios sanitarios ubicados en Euskadi. Boletín Oficial del País Vasco, número 98 (25 de mayo de 2016). [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/y22-bopv/es/bopv2/datos/2016/05/1602210a.pdf>
22. Osakidetza. Guía de Recomendaciones para la Gestión de Eventos Adversos. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/Guía%20de%20recomendaciones%20para%20la%20gestión%20de%20eventos%20adversos.pdf>
23. Dirección General de Osakidetza. Instrucción 2/2018 para la correcta notificación y análisis de los eventos centinela, así como de otros eventos adversos y brotes epidémicos o alertas epidemiológicas en el ámbito de Osakidetza (21 de febrero de 2018). [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_normativa/es_def/adjuntos/2018/02_2018ZN.pdf
24. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
25. Wu AW. Medical error: the second victim. West J Med. 2000 Jun;172(6):358-9.
26. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR et al. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009 Oct;18(5):325-30.
27. Clarkson MD, Haskell H, Hemmelgarn C et al. Abandon the term "second victim". BMJ. 2019 Mar 27;364:l1233.

28. Tumelty ME. The Second Victim: A Contested Term? J Patient Saf. 2021 Dec 1;17(8):e1488-e1493.
29. Wu AW, Shapiro J, Harrison R et al. The Impact of Adverse Events on Clinicians: What's in a Name? J Patient Saf. 2020 Mar;16(1):65-72.
30. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S et al. Research Group on Second and Third Victims. The aftermath of adverse events in Spanish primary care and hospital health professionals. BMC Health Serv Res. 2015 Apr 9;15:151.
31. Ullström S, Andreen Sachs M, Hansson J et al. Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):325-31.
32. Wu AW, Steckelberg RC. Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? BMJ Qual Saf. 2012 Apr;21(4):267-70.
33. Denham CR. TRUST: The 5 Right of the Second Victim. Patient Saf. 2007;3(2):107-19.
34. O'Connor E, Coates HM, Yardley IE et al. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. Int J Qual Health Care. 2010 Oct;22(5):371-9.
35. Grupo de trabajo segundas víctimas. Recomendaciones para decir “Lo siento” tras un evento adverso. Madrid, julio 2016. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: http://www.segundasvictimas.es/data/documentos/DECIR-LO-SIENTO-INFORME-FINAL_rev-def.pdf
36. Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/docs/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf
37. Wu AW, Boyle DJ, Wallace G et al. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement. J Public Health Res. 2013 Dec 1;2(3):e32.
38. Astier MP, Romeo CM, Urruela A. Tendiendo puentes entre regulación jurídica y cultura de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. J Healthc Qual Res. 2018 Mar-Apr;33(2):65-67.
39. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos). Cuestiones metodológicas y legales. 2021. [Consultado diciembre 2022]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/docs/Recomendaciones_para_el_analisis_de_los_incidentes_de_seguridad_del_paciente_con_dano_Accesible.pdf

40. University of Missouri. forYOU program. [Internet]. [Consultado diciembre 2022]. Disponible en: <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>
41. Edrees H, Connors C, Paine L et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. *BMJ Open*. 2016 Sep 30;6(9):e011708.
42. Proyecto de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es>
43. Osakidetza. Protocolo de Atención a las Segundas y Terceras Víctimas. 2019. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/DOC%20ESTRATEGIA%2020%2020/Protocolo%20de%20atención%20a%20las%20segundas%20y%20terceras%20v%C3%ADctimas.pdf>
44. Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV-2. SER + contra COVID: Segundas víctimas del SARS-CoV-2 (COVID-19). [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://segundasvictimascovid19.umh.es/p/por-que-hablamos-de-segundas-victimas.html>
45. The Joint Commission. Improving Patient and Worker Safety: Opportunities for Synergy, Collaboration and Innovation. 2012. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/patient-safety/tjc-improvingpatientandworkersafety-monograph.pdf>
46. K. De Bienassis L, Slawomirski SK, Klazinga NS. The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace: Occupational safety as the bedrock of resilient health systems. 2021. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b25b8c39-enpdf?expires=1647607765&id=id&accname=guest&checksum=1C4D2904139D59DB1BCE96AD3AD8D8B3>
47. Programa de apoyo emocional COVID-19 dirigido a profesionales de Osakidetza. [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/covid/Apoyo_Emocional/Paginas/default.aspx
48. Cleopas A, Kolly V, Bovier PA, Garnerin P, Perneger TV. Acceptability of identification bracelets for hospital inpatients. *Qual Saf Health Care*. 2004 Oct;13(5):344-8.
49. ECRI Institute. Patient Safety Organization's Deep Dive: Patient Identification. Plymouth Meeting, PA, USA. 2016.

50. Ministerio de Sanidad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Incidentes de seguridad notificados en 2019. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/sistemasInformacionNotificacion/incidentesEASNS/docs/SINAPS2019accesible.pdf>
51. Organización Mundial de la salud. Nueve soluciones para la seguridad del paciente a fin de salvar vidas y evitar daños. 2007.
52. Osakidetza. Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Diciembre 2017. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf
53. Epstein RM, Street RL Jr. Patient-centered care for the 21st century: Physicians' roles, health systems and patients' preferences. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine Foundation. 2008.
54. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health Aff (Millwood). 2013 Feb;32(2):207-14.
55. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ. 2007 Jul 7;335(7609):24-7
56. Longtin Y, Sax H, Leape LL et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. Mayo Clin Proc. 2010 Jan;85(1):53-62
57. Ruiz-Arazola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012 Mar;26 Suppl 1:158-61.
58. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. AHRQ Publication No. 13-E001-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2013. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>
59. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO, 2021. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
60. Gandhi TK, Kaplan GS, Leape L, Berwick DM, Edgman-Levitan S, Edmondson A, Meyer GS, Michaels D, Morath JM, Vincent C, Wachter R. Transforming concepts in patient safety: a progress report. BMJ Qual Saf. 2018 Dec;27(12):1019-1026.

61. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014 Mar;90(1061):149-54.
62. The National Patient Safety Foundation's. Lucian Leape Institute. Safety is personal: partnering with patients and families for the safest care. 2014. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: http://ww1.prweb.com/prfiles/2014/03/14/11672540/Safety_Is_Personal.pdf
63. Calvo F, Costa A, Garcia-Conde J, Megía MJ. Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Rev Esp Salud Publica*. 2011 Oct;85(5):459-68.
64. Canadian Patient Safety Institute. Engaging Patients in Patient Safety – a Canadian Guide. 2019. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: www.patientsafetyinstitute.ca/engagingpatients
65. Gobierno Vasco. Libro blanco de democracia y participación ciudadana para Euskadi. Vitoria-Gasteiz; 2014. Disponible en: https://bideoak2.euskadi.eus/debates/participacion/Libro_Blanco_DyPC_Un_punto_de_partida_es.pdf
66. San José B, Serrano L, López LR et al. Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana. *Rev Calid Asist*. 2016 Jun;31 Suppl 1:36-44.
67. ECRI Institute. Medication Reconciliation Guidance. Plymouth Meeting, PA, USA. 2015.
68. Kwan JL, Lo L, Sampson M et al. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):397-403.
69. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación. 2021;50(2). [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2050%20%28Febrero%202021%29.pdf>
70. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Madrid 2019. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/Practicas-seguras-conciliacion-4-11-2019.pdf>
71. Georgia K, Kinney K, Pace A et al. Ensuring medication reconciliation. Patient Safety & Quality Research. November 2017. [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.psqh.com/analysis/ensuring-medication-reconciliation/>
72. National Quality Forum. Patient Safety Project 2015-2017. [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.qualityforum.org/ProjectDescription.aspx?projectID=77836>

73. The Joint Commission. National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Hospital Program. [Internet]. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/npsg_chapter_hap_jan2021.pdf
74. World Health Organization. Medication Safety in Transitions of Care. Geneva. 2019. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.9>
75. Lalonde L, Lampron AM, Vanler MC et al. Effectiveness of a medication discharge plan for transitions of care from hospital to outpatient settings. *Am J Health Syst Pharm*. 2008;65:1451-7.
76. Centro Vasco de Información de Medicamentos. Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Conciliación de la medicación. 2013;21(10). [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf
77. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S et al. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. *Arch Intern Med*. 2012 Jul 23;172(14):1057-69.
78. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016 Feb 23;6(2):e010003.
79. Mekonnen AB, McLachlan AJ, Brien JA. Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther*. 2016 Apr;41(2):128-44.
80. Ensing HT, Stuijt CC, van den Bemt BJ, van Dooren AA, Karapinar-Çarkit F, Koster ES, Bouvy ML. Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions: A Systematic Review. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015 Aug;21(8):614-36.
81. Geurts MM, Talsma J, Brouwers JR, de Gier JJ. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2012 Jul;74(1):16-33.
82. Directiva 2013/59/Euratom del Consejo de Europa de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, y se derogan las Directivas 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom y 2003/122/Euratom. Diario Oficial de la Unión Europea. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>

83. Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico. Boletín Oficial del Estado, número 311 (29 de diciembre de 1999). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-24717>
84. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. Boletín Oficial del Estado, número 178 (26 de julio de 2001). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-14555>
85. Real Decreto 1439/2010, de 5 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, aprobado por Real Decreto 783/2001, de 6 de julio. Boletín Oficial del Estado, número 279 (18 de noviembre de 2010). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-17709>
86. Real Decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Boletín Oficial del Estado, número 168 (14 de julio de 2001). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/07/14/pdfs/A25591-25594.pdf>
87. Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas. Boletín Oficial del Estado, número 262 (31 de octubre de 2019). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2019/10/18/601>
88. Vesga MA, Azkárate M. Information systems for a blood transfusion regional network. Special Issue: Congress Issue: Congress Reviews of the 36th International Congress of the International Society of Blood Transfusion, Virtual Congress. International Society of Blood Transfusion Science Series. 2021;16 (3);231-238. [Consultado febrero 2022]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/voxs.12630>
89. Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. Boletín Oficial del Estado, número 225 (20 de septiembre de 2005). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-15514>
90. Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves de la sangre y de los componentes sanguíneos. Boletín Oficial del Estado, número 42 (17 de febrero de 2007). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-3383>

91. Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión. Boletín Oficial del Estado, número 262 (1 de noviembre de 2007). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-18918>
92. Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, al almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. Boletín Oficial del Estado, número 270 (11 de noviembre de 2006). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-19625>
93. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Manual de uso óptimo de componentes sanguíneos. Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, estudios e investigación. 2011. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/congresos/JornadaUsoOptimoComponentesSanguineos/docs/Manual_Uso_Optimos.pdf
94. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Hemovigilancia año 2011. Unidad de Hemovigilancia. Área de Hemoterapia, diciembre 2012. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/hemovigilancia/docs/Informe2011.pdf>
95. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE et al. Health care--associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. *Ann Intern Med.* 2002 Nov 19;137(10):791-7.
96. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. 2.ª ed. G. Duce, J. Fabry y L. Nicolle, revisores. 2003. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67877/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
97. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional frente a la resistencia a los Antibióticos 2019-2021. Plan Nacional Resistencia a Antibióticos (PRAN). Edita; AEMPS 2019. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
98. Suetens C, Latour K, Kärki T et al. The Healthcare-Associated Infections Prevalence Study Group. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Euro Surveill.* 2018 Nov;23(46):1800516.

99. Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017. Infografía. [Consultado abril 2021] Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infographic-healthcare-associated-infections-threat-patient-safety-europe>
100. Centro Nacional de Epidemiología (CNE). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Informe de vigilancia 2018-2019. Encuesta de prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos en los hospitales de España. Unidad de Vigilancia de la Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Madrid. 2021. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/ServiciosVigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/archivos%20A-Z/Infecciones%20relacionadas%20con%20la%20Asistencia%20Sanitaria/EP-2018-2019%20NACIONAL_web.pdf
101. Haley RW, Quade D, Freeman HE et al. The SENIC Project. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project). Summary of study design. Am J Epidemiol. 1980 May;111(5):472-85.
102. Haley RW, Morgan WM, Culver DH et al. Update from the SENIC project. Hospital infection control: recent progress and opportunities under prospective payment. Am J Infect Control. 1985 Jun;13(3):97-108.
103. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen. Unas manos limpias son manos más seguras. 2005.
104. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge. 2009. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf
105. European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)&from=en](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32009H0703(01)&from=en)
106. Centers for Disease Control and Prevention. Transatlantic Task Force on Antimicrobial Resistance (TATFAR). [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugresistance/tatfar/about.html>

107. Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance. Recommendations for future collaboration between the U.S. and EU. Progress report May 2014. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/tatfar-progress_report_2014.pdf
108. Resolución del Parlamento Europeo, de 12 de mayo de 2011, sobre la resistencia a los antibióticos. Diario Oficial de la Unión Europea (2012/C 377 E/17). [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011IP0238&from=ES>
109. Comisión Europea-Comunicación de la comisión al parlamento europeo y al consejo Plan de acción contra la amenaza creciente de las resistencias bacterianas. Bruselas. Noviembre 2021. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0748&from=PT>
110. Decisión n° 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de octubre de 2013, sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión no 2119/98/CE. Diario Oficial de la Unión Europea. L 293/1. 5 de noviembre de 2013.
111. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los Antibióticos. Plan Nacional Resistencia a Antibióticos (PRAN). Edita; AEMPS 2014. [consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf>
112. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional frente a la resistencia a los Antibióticos 2019-2021. Plan Nacional Resistencia a Antibióticos (PRAN). Edita; AEMPS 2019. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/field/files/pran_2019-2021_0.pdf?file=1&type=node&id=497&force=0
113. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Política de salud para Euskadi, 2000 / Osasunketa eta Kontsumo Saila. Euskadirako osasun politika, 2000.
114. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Manual de normas para el control de la infección nosocomial. 1994.
115. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Anexo I, Manual de normas para el control de la infección nosocomial. 1997.
116. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Libro blanco de la infección nosocomial. 1997.

117. Osakidetza. Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial Hospitales Agudos (PVPCIN). 1999.
118. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. 2009. Disponible en: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/higiene_manos_guia_es.pdf
119. UpToDate. Fekete T. Catheter-associated urinary tract infection in adults. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/catheter-associated-urinary-tract-infection-in-adults?search=catheter%20associated%20urinary%20tractinfection%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
120. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España EPINE-EPPS nº 30: 2019. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2019%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2027112019.pdf/reports-esp>
121. Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2019 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2021. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2019/INFORME_SIAE_2019.pdf
122. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. 2008.
123. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250680/1/9789241549882-eng.pdf?ua=1>
124. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud e Higiene. Proyecto Infección Quirúrgica Zero. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <http://infeccionquirurgicazero.es/es/documentos-y-materiales/protocolos-de-trabajo>
125. Rodríguez Baño J, Paño Pardo JR, Álvarez Rocha L et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH. Enferm Infecc Microbiol Clin 2012;30(1):22.e1-22.e23.
126. MacDougall C, Polk RE. Antimicrobial stewardship programs in health care systems. Clin Microbiol Rev. 2005 Oct;18(4):638-56

127. Zaragoza R, Ramírez P, López-Pueyo MJ. Infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014 May;32(5):320-7.
128. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006 Dec 28;355(26):2725-32.
129. Palomar M, Alvarez F, Riera MA et al. Grupo de Trabajo del Estudio Piloto «Bacteriemia Zero». Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. *Med Intensiva*. 2010 Dec;34(9):581-9.
130. Palomar M, Álvarez F, Riera A et al. Bacteremia Zero Working Group. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med*. 2013 Oct;41(10):2364-72.
131. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Neumonía Zero. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/semicyuc/neumoniaZero.htm>
132. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Resistencia Zero. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadPacienteCritico/resistenciaZero.htm>
133. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto ITU Zero. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/seguridadPacienteCritico/ituZero.htm>
134. Aranaz-Andrés JM, Ruiz-López P, Aibar-Remón C, et al. Grupo de Trabajo ENEAS. Sucesos adversos en cirugía general y de aparato digestivo en los hospitales españoles. *Cir Esp*. 2007 Nov;82(5):268-77.
135. ECRI. Institute Patient Safety Organization's deep dive: Strategies for surgical patient safety. 2020. [diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.ecri.org/landing-deep-dive-strategies-surgical-patient-safety-2020>
136. Jammer T, Ahmad C, Aldecoa D et al. European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group. Point prevalence of surgical checklist use in Europe: relationship with hospital mortality. *Br J Anaesth*. 2015 May;114(5):801-7.
137. Russ S, Rout S, Sevdalis N et al. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. *Ann Surg*. 2013 Dec;258(6):856-71.

138. Aibar L, Rabanaque MJ, Aibar C, Aranaz JM, Mozas J. Patient safety and adverse events related with obstetric care. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291: 825-830.
139. Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2015.
140. Corcoran P, Manning E, Meaney S et al. The incidence and cause of perinatal mortality and severe maternal morbidity in Ireland: findings from two national clinical audits. *J Epidemiol Community Health* 2014;68.
141. Esscher A, Binder-Finnema P, Bødker B et al. Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Apr 12;14:141.
142. Martínez Pérez, Salvador López R, Álvarez Bartolomé et al. Manual de asistencia a la distocia de hombros. Editorial Arán. Madrid 2019.
143. UpToDate. Belfort MA. Overview of postpartum hemorrhage. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=hemorragic%20posparto&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
144. Decreto 147/2015, de 2105 de 21 de julio, por lo que se aprueba la Declaración sobre derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Artículo 8. La asistencia sanitaria específica vinculada a la infancia y la adolescencia. Boletín Oficial del País Vasco, número 146 (4 de agosto de 2015). Disponible en: <https://www.legegunea.euskadi.eus/eli/es-pv/d/2015/07/21/147/dof/spa/html/webleg00-contfich/es/>
145. Chanovas Borrás M, Campodarve I, Tomas Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias* 2007;3:7-13.
146. Campbell SG, Croskerry P, Bond WF. Profiles in Patient Safety: A “Perfect Storm” in the Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2007 Aug;14(8):743-9.
147. Vincent CA, Wears RL. Communication in the emergency department: separating the signal from the noise. *Med J Aust*. 2002 May 6;176(9):409-10.
148. Cheung DS, Kelly JJ, Beach C et al. Improving handoffs in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2010 Feb;55(2):171-80.
149. Hendrie J, Sammartino L, Silvapulle MJ, Braitberg G. Experience in adverse events detection in an emergency department: nature of events. *Emerg Med Australas*. 2007 Feb;19(1):9-15.

150. Forster AJ, Rose NG, van Walraven C, Stiell I. Adverse events following an emergency department visit. *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb;16(1):17-22.
151. Calder LA, Forster A, Nelson M, Leclair J, Perry J, Vaillancourt C, Hebert G, Cwinn A, Wells G, Stiell I. Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study. *CJEM*. 2010 Sep;12(5):421-30.
152. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias* 2010;22:415-28.
153. Martínez JA, Linares ML, Soler MA et al. Eventos adversos en los servicios de Urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos. *Rev Calid Asist*. 2010 May-Jun;25(3):129-35.
154. Alcaraz-Martínez J, Aranaz-Andrés JM, Martínez-Ros C et al. Grupo de trabajo ERIDA. Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención (ERIDA) en Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2016 Sep-Oct;31(5):285-92.
155. De la Encina, MEC. Armenis, D. Seguridad clínica en los servicios de emergencias prehospitalarios. Elsevier 2019.
156. Casal Angulo C, Quintillá Martínez JM, Espinosa Ramírez S. Clinical simulations and safety in emergencies: Emergency Crisis Resource Management (E-CRM). *Emergencias*. 2020 Abr;32(2):135-137.
157. Bigham BL, Buick JE, Brooks SC et al. Patient Safety in Emergency Services: a systematic review of the literature. *Prehosp Emerg Care*. 2012;16:20-35.
158. Bigham BL, Morrison LJ, Maher J et al. Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Canada: The Canadian Patient Safety Institute; 2011. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient%20Safety%20in%20EMS%20Full%20Report.pdf>
159. Galván Núñez P, Santander Barrios MD, Villa Álvarez MC et al. Resultados de la instauración provisional de un sistema voluntario y anónimo de notificación de incidentes en seguridad del paciente en el SAMU de Asturias. *Emergencias*. 2016 Jun;28(3):146-152.
160. Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Sarabia Lavin R, Paras Bravo P, Soldevilla Ágreda JJ, García Fernández FP. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos* 2016;27(4):161-167.
161. Shuman C, Liu J, Montie M, Galinato JG, Todd MA, Hegstad M et al. Patient perceptions and experiences with falls during hospitalization and after discharge. *Appl Nurs Res* 2016;31:79-85.

162. Eroriko Ez. Iniciativa para la mejora de la Gestión de Caídas en Pacientes Hospitalizados. Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Osakidetza. [Internet]. Disponible en: https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/2021_Estrategia_ErorikoEz.pdf
163. UPP Adi!. Iniciativa para el avance en la gestión de las Úlceras Por Presión en las organizaciones de servicios de Osakidetza. Osakidetza. [Internet]. Disponible en: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Seguridad%20del%20Paciente/PEU-UPP%20Adi!-2014.pdf>
164. Elliott R, Camacho E, Campbell F et al. Prevalence and Economic Burden of Medication Errors in The NHS in England. Rapid evidence synthesis and economic analysis of the prevalence and burden of medication error in the UK. Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions. Universities of Sheffield and York. 2018.
165. Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Saf.* 2021 Feb;30(2):96-105.
166. World Health Organization. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva. 2017. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>
167. World Health Organization. Medication Safety in High-risk Situations. Geneva. 2019. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-high-risk-situations>
168. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, et al. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. Medication Errors. Washington, D.C.: The American Pharmacist Association; 2007. pp. 317-412.
169. Cohen MR, Proulx SM, Crawford SY. Survey of hospital systems and common serious medication errors. *J Healthc Risk Manag.* 1998 Winter;18(1):16-27.
170. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Lista de medicamentos de alto riesgo. ISMP-España. Septiembre 2012. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo%202012.pdf>
171. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Prácticas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2007/docs/PracticasSegurasMedicamentosAltoRiesgo.pdf>

172. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Versión española II (2018). Adaptación del ISMP-Medication Safety Self-Assessment® for Hospitals, por el ISMP-España. Ed Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2018/docs/cuestionario-de-autoevaluacion.pdf>
173. Otero MJ, Aquerreta I, Bodí MA et al. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva. 2019. Ed. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2019/docs/CuestionarioSMI.pdf>
174. M.J. Otero, Merino de Cos I. Aquerreta González et al. Evaluación de la implantación de prácticas seguras con los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva. Med Intensiva 2021.
175. Cederholm A, Barazzoni R, Austin P et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. Clin Nutr. 2017 Feb;36(1):49-64.
176. Kruizenga H, Beijer S, Huisman-de Waal G et al. Guideline on malnutrition. Recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults. Dutch Malnutrition Steering Group. August 2017. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <http://www.fightmalnutrition.eu/wp-content/uploads/2017/09/Guideline-malnutrition-DMSG-2017.pdf>
177. Consejo de Europa. Resolución ResAP(2003)3 sobre alimentación y atención nutricional en hospitales, Comité de Ministros (12 de noviembre de 2003). [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://rm.coe.int/09000016805de855>
178. Commission of the European Communities. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008 – 2013. Brussels, 23.10.2007 COM (2007) 630 final. Disponible en: <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/media1766.pdf>
179. Ljungqvist O, Man Fd. Under nutrition: a major health problem in Europe. Nutr Hosp. 2009 May-Jun;24(3):369-70.
180. Hernando A, Sarasqueta C, Ripa C et al. Validación de un método de detección precoz de la desnutrición hospitalaria. Investigación Comisionada. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2012. Informe nº: Osteba D-12-05. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/libro/validacion-de-un-metodo-de-deteccion-precoz-de-la-desnutricion-hospitalaria/>

181. Martín Palmero Á, Serrano Pérez A, Chinchetru Ranedo MJ et al. Malnutrition in hospitalized patients: results from La Rioja. *Nutr Hosp*. 2017 Mar 30;34(2):402-406.
182. Rinninella E, Cintoni M, De Lorenzo A et al. Risk, prevalence, and impact of hospital malnutrition in a Tertiary Care Referral University Hospital: a cross-sectional study. *Intern Emerg Med*. 2018 Aug;13(5):689-697.
183. Álvarez-Hernández J, Planas Vila M, León-Sanz M et al on behalf of the PREDyCES researchers. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES Study. *Nutr Hosp*. 2012 Jul-Aug;27(4):1049-59.
184. van Vliet IMY, Gomes-Neto AW, de Jong MFC, Jager-Wittenaar H, Navis GJ. High prevalence of malnutrition both on hospital admission and predischarge. *Nutrition*. 2020 Sep;77:110814.
185. Rasmussen HH, Kondrup J, Staun M, Ladefoged K, Lindorff K, Jørgensen LM, Jakobsen J, Kristensen H, Wengler A. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clin Nutr*. 2006 Jun;25(3):515-23.
186. Dutch Malnutrition Steering Group. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.fightmalnutrition.eu/>
187. BAPEN: malnutrition and nutritional Care in the UK. [Internet]. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.bapen.org.uk/>
188. Rasmussen H.H, Kondrup J, Staun M et al. A method for implementation of nutritional therapy in hospitals. *Clinical Nutrition* (2006) 25, 515–523.
189. Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. Coordinadoras: Álvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Planas Vilá M. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2011. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
190. Osakidetza. Hospital de Gorkiz. Manual de criterios de nutrición. Febrero 2014.
191. Camiruaga I. Valoración y cuidados nutricionales. “En Guía de actuación para la prevención y cuidados de las úlceras por presión”. Coordina Blanco RM, López E y Quedasa C. Ed. Osakidetza. Octubre 2017. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/enfermeria/UPP_es.pdf
192. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD et al. GLIM Core Leadership Committee, GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019 Feb;10(1):207-217.

193. van Bokhorst-de van der Schueren MA, Guaitoli PR, Jansma EP, de Vet HC. Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. *Clin Nutr*. 2014 Feb;33(1):39-58.
194. Cereda E, Pedrolli C, Klersy C et al. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clin Nutr*. 2016 Dec;35(6):1282-1290.
195. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M et al. Standardisation Steering Committee ICS and the ICS Working Group on Terminology for Male Lower Urinary Tract & Pelvic Floor Symptoms and Dysfunction. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2019 Feb;38(2):433-477.
196. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. *Climacteric*. 2019 Jun;22(3):217-222.
197. Observatorio Nacional de la Incontinencia. Informe ONI. Percepción del Paciente con Incontinencia Urinaria. 2009. [Internet]. [Consultado diciembre 2021] Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepcion_Paciente_IU.pdf
198. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermudez F et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *Urod A* 2010;23(1):52-66.
199. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urol Esp*. 2017 Dec;41(10):624-630.
200. García-González FJ, Salinas Casado J, Madurga Patuel B et al. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria. Ed. Asociación Española de Urología. Enero 2020. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/908-guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria>
201. Abrams,P, Cardozo, L, Wagg, A, Wein, A. (Eds). Incontinence 6th Edition (2017). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK.
202. Pancorbo PL, García FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos* 2001;12(4):175-84.
203. Guía farmacogeriátrica incontinencia. Coord. Capilla E. Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia. 2018. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020224.pdf>

204. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2018 Mar-Apr;71(2):343-349.
205. Zisberg A. Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Sep-Oct;38(5):559-64.
206. Colborne M and Dahlke S. Nursing management of incontinence care in acute and long-term care settings. *International Journal of Nursing Student Scholarship (IJNSS)*. Volume 4, 2017. Article 21. [Consultado diciembre 2021]. Disponible en: <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/ijnss/article/view/56835>
207. Sacco E, Bientinesi R, Gandi C et al. Objectively improving appropriateness of absorbent products provision to patients with urinary incontinence: The DIAPPER study. *Neurourol Urodyn.* 2018 Jan;37(1):485-495.
208. Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L, Saiani L. Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: an Italian multicenter prospective cohort study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 Nov-Dec;34(6):649-54.
209. Fernandez-Lasquetty B, Lorente G, Tenías JM et al. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enferm Clin.* 2015;25(4):198-203.
210. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Aug 1;16(8):674-81.
211. Palmer MH, Baumgarten M, Langenberg P, Carson JL. Risk factors for hospital-acquired incontinence in elderly female hip fracture patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002 Oct;57(10):M672-7.
212. Zisberg A, Sinoff G, Gur-Yaish N et al. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jun;59(6):1099-104.
213. Furlanetto K, Emond K. "Will I come home incontinent?" A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. *Collegian.* 2016;23(1):79-86.
214. Junqueira JB, Santos VLCG. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Jan 8;25:e2970.
215. Departamento de Salud. Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi. Vitoria-Gasteiz, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2019, 115 p. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf

216. Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *Am J Psychiatry*. 2021 Jul;178(7):611-624.
217. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva:WHO; 2014. 92 p.3. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
218. Ridani, R., y cols. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning, and monitoring. Sydney: Black Dog Institute. 2016. Disponible en: <http://www.blackdoginstitute.org.au/wp-content/uploads/2020/04/an-evidence-based-systems-approach-to-suicide-prevention.pdf?sfvrsn=0>
219. Kryszynska K, Batterham PJ, Tye M et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Feb;50(2):115-8.
220. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014 Jun;29(6):870-7.
221. Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y et al. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *Am J Prev Med*. 2017 Sep;53(3):308-315.
222. Gabilondo A, Del Valle D, Montoya I et al. Use of Health Services in the Months Prior to Suicide in a Country With Low Suicide Rates and Public Universal Access to Healthcare. *Arch Suicide Res*. 2021 Aug 23:1-7.
223. Husky MM, Zablith I, Alvarez Fernandez V et al. Factors associated with suicidal ideation disclosure: Results from a large population-based study. *J Affect Disord*. 2016 Nov 15;205:36-43.
224. Hogan MF, Grumet JG. Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Jun 1;35(6):1084-90.
225. Mokkenstorm JK, Kerkhof AJFM, Smit JH, Beekman ATF. Is It Rational to Pursue Zero Suicides Among Patients in Health Care? *Suicide Life Threat Behav*. 2018 Dec;48(6):745-54.
226. National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc; 2018. 23 p.10. Disponible en: https://theactionalliance.org/sites/default/files/action_alliance_recommended_standard_care_final.pdf
227. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action: A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. US Department of Health & Human Services (US); 2012.

228. The Joint Commission. Suicide Prevention Portal. [Internet]. [Consultado Diciembre 2021]. Disponible en : <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/suicide-prevention/>
229. Education Development Center. (2020). Zero Suicide. [Internet]. [Consultado Diciembre 2021]. Disponible en: <http://zerosuicide.edc.org/>
230. Kapur N, Ibrahim S, While D et al. Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jun;3(6):526-34.
231. The National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Making mental health care safer. Annual report and 20-year review. Manchester: University of Manchester; 2016. 108 p.12. Disponible en: <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=37580>
232. European Alliance Against Depression. [Internet]. [Consultado Diciembre 2021]. Disponible en: <http://www.eaad.net/home>
233. Catchpole K. Spreading human factors expertise in healthcare: untangling the knots in people and systems. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(10):793-7.
234. Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools. Report for Methods and Measures. Working Group of WHO Patient Safety. 2009. [Consultado Diciembre 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf
235. Gurses AP, Ozok AA, Pronovost PJ. Time to accelerate integration of human factors and ergonomics in patient safety. *BMJ Qual Saf*. 2012 Apr;21(4):347-51.
236. Carayon P, Schoofs Hundt A, Karsh BT et al. Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Qual Saf Health Care*. 2006 Dec;15 Suppl 1 (Suppl 1):i50-8.
237. World Health Organization. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. 2011. [Consultado Diciembre 2021] Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>

