

Estrategia de Seguridad del Paciente

Osakidetza

2013 • 2016



Edición: 1ª Septiembre 2013

Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente

Dirección de Asistencia Sanitaria

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

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Osakidetza 2013

Internet: <http://www.osakidetza.euskadi.net>

e-mail: coordinacion@osakidetza.net

D.L.: SS - 1644 - 2013

ISBN: 978 - 84 - 939913 - 6 - 4

PVP: 20 €(IVA incluido)

PRESENTACIÓN

La esencia del concepto de la seguridad del paciente, facilitar asistencia sanitaria a las personas enfermas sin que se produzcan eventos adversos, se remonta a los orígenes de nuestra civilización. A lo largo de la historia, los diferentes profesionales que han intentado cuidar la salud de sus contemporáneos, lo han hecho tomando en consideración el principio *“primum non nocere”* (ante todo, no causar daño).

A medida que la humanidad ha logrado progresar en la vía del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico, las posibilidades de asistencia se han disparado. Al mismo tiempo, las sociedades desarrolladas disponen hoy en día de un elevado nivel de bienestar que conlleva lógicamente una mayor exigencia por parte de la ciudadanía con respecto a las prestaciones que disfrutan y, en especial, con las que están relacionadas con su salud.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, Osakidetza ha alcanzado un significativo grado de reconocimiento por la calidad y la seguridad de sus prestaciones sanitarias. Sin embargo, el necesario incremento de la actividad, la creciente complejidad de los diferentes procedimientos y la legítima aspiración de las personas, exigen profundizar en la búsqueda del máximo nivel de seguridad para nuestros pacientes.

Nuestro Gobierno ha establecido el compromiso con las personas como una de sus máximas prioridades. Por ello, resulta lógico que la promoción de la seguridad del paciente ocupe un lugar destacado entre las acciones específicas de Gobierno para nuestro Departamento de Salud.

Así mismo, el documento que hace referencia a las políticas de salud de Euskadi, recoge entre sus líneas prioritarias la seguridad del paciente.

Por último, el documento “Líneas estratégicas y planes de acción Osakidetza 2013-2016” también focaliza esta área convirtiéndola en uno de los principales objetivos de nuestro sistema sanitario público.

En este documento, “Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza” se encuentran recogidas las diferentes líneas de acción y los diferentes proyectos que, de manera corporativa, para el conjunto de la organización, se pretende impulsar a lo largo de los próximos años.

Algunas de estas líneas, como el Plan INOZ, ostentan una larga trayectoria reconocida en el ámbito estatal, mientras que otras constituyen un planteamiento reciente para su desarrollo progresivo.

Además de estas líneas, que han sido priorizadas por su especial relevancia e incluidas en el programa corporativo, me gustaría reconocer la existencia de otras múltiples

iniciativas implantadas en nuestras organizaciones de servicios que contribuyen a la mejora de la seguridad de nuestros pacientes.

Espero que este documento sirva al conjunto de nuestros profesionales como una referencia útil para la mejora continua de nuestra actuación como servicio público ya que ellos son, en definitiva, los que con su esfuerzo cotidiano y su profesionalidad, consiguen garantizar cotas elevadas de seguridad en la asistencia sanitaria de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Jon Darpón Sierra

Consejero de Salud del Gobierno Vasco

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	5
ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.....	7
MODELO ORGANIZATIVO.....	12
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS.....	13
<i>LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS ACTUALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE....</i>	<i>17</i>
LA1: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS).....	19
LA2: CIRUGÍA SEGURA.....	35
LA3: SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO- PUERPERIO.....	39
LA4: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (SNASP).....	47
LA5: OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE.....	51
LA6: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN.....	55
LA7: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	59
LA8: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: DONANTES Y RECEPTORES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y TEJIDOS.....	65
LA9: FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	69

<i>NUEVAS LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</i>	73
LA10: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES.....	75
LA11: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN	81
LA12: IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.....	85
LA13: REDUCCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO	89
BIBLIOGRAFÍA	93
ANEXO I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA: INDICADORES	103

INTRODUCCIÓN

Miles de pacientes son atendidos diariamente en Osakidetza, recibiendo una atención sanitaria altamente cualificada, de calidad y muy valorada por nuestra sociedad. La mayor parte de los pacientes son tratados con éxito y los resultados son satisfactorios en la mayoría de los casos. De hecho, nuestros pacientes se benefician de una atención sanitaria multidisciplinar, dotada de un alto grado de especialización, a la que se incorporan los últimos avances tecnológicos y los tratamientos más innovadores y avanzados. Sin embargo, el nivel de complejidad de las patologías a tratar, el grado de sofisticación de las intervenciones y tratamientos requeridos, así como el número de factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de nuestros pacientes son cada vez mayores. Todas estas circunstancias contribuyen a incrementar el riesgo de fallos de seguridad del sistema, aumentando la probabilidad de eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria. Pese a la modernidad de nuestras infraestructuras sanitarias, elevada especialización, profesionalidad, ilusión y dedicación de nuestros profesionales, cabe esperar, en el futuro, un incremento de las situaciones de riesgo para el paciente que requieren un abordaje específico.

Esta situación no es exclusiva de nuestro sistema; no en vano, los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico, social y moral de los mismos. Por tanto, la seguridad del paciente es algo que preocupa enormemente a profesionales y gestores/as de nuestro sistema sanitario.

Consecuentemente, en el conjunto del Estado, se constata un aumento de los litigios en relación con la asistencia sanitaria, que con frecuencia afecta a los profesionales sanitarios. En líneas generales, el número de reclamaciones patrimoniales ha experimentado un aumento continuo, lo que supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema, teniendo en cuenta el elevado coste de las mismas. Asistimos, por tanto, a un marco de creciente judicialización de la atención sanitaria que perjudica a pacientes, profesionales y gestores/as, elevando los costes, pudiendo incluso afectar a la viabilidad del sistema.

Además, la situación actual viene marcada por un nuevo elemento que no estaba presente anteriormente pero que resulta determinante en el marco de la seguridad del paciente: la crisis económica. Concretamente, el escenario económico actual determina la adopción de políticas de contención del gasto en el sector público, con el consiguiente impacto sobre los recursos destinados a sanidad. No obstante, desarrollar una atención sanitaria segura es alinearse con los objetivos orientados a una minimización de costes. La seguridad del paciente constituye en sí misma uno de los

pilares básicos para la sostenibilidad del sistema, dado que, por definición, un sistema sostenible debe minimizar los riesgos e incrementar la seguridad del paciente.

Afortunadamente, en Osakidetza se lleva trabajando mucho tiempo en la estrategia de minimización del riesgo asistencial. En este sentido, la experiencia acumulada, pionera en el ámbito de la seguridad del paciente, aconseja proseguir el esfuerzo realizado durante todos estos años que ha conducido a un estado de cultura que requiere ser mantenido y renovado.

En este contexto, resulta necesario concretar las directrices generales en torno a las cuales debiera girar la seguridad del paciente, a modo de referencia para pacientes, profesionales y directivos/os. Con esa vocación, surge el presente documento, en el que se contempla la **Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza**, de forma complementaria a las acciones que se puedan llevar a cabo en cada una de las organizaciones de servicios. Además de servir como documento de referencia, pretende dar continuidad a la ya dilatada trayectoria en seguridad del paciente en Osakidetza, dando una respuesta adecuada a la situación actual.

ANTECEDENTES Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

En 1999 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM) publicó su ya célebre informe “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro”, afirmando que entre 44 y 98 mil pacientes mueren cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de errores que podrían haberse evitado (1). Desde entonces, multitud de estudios han analizado la magnitud de los eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria, siendo muchas las iniciativas para hacer frente a los mismos. En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, poniendo en marcha una serie de acciones y programas específicos (2). En esta misma línea, el Comité Europeo de Sanidad ha venido realizando diversas recomendaciones a los gobiernos de la Unión Europea (UE) (3). Según el grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria de hospitales para Europa, uno de cada diez pacientes ingresados en hospitales europeos sufre un evento adverso que pudo haberse evitado.

A nivel nacional, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), puso en marcha la Estrategia en Seguridad del Paciente en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (4). Dentro de esta estrategia, se desarrollaron diversos estudios para evaluar la frecuencia de los eventos adversos en diversos ámbitos del Sistema Nacional de Salud. Según el Estudio Nacional de Efectos Adversos en centros hospitalarios (ENEAS), la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en el año 2005 fue del 9,3%, de los cuales el 42,8% eran evitables (5). Según el estudio EPIDEA (Estudio de Prevalencia de Efectos Adversos en la asistencia hospitalaria) (6), la prevalencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en el año 2012 fue del 7,9% (datos provisionales). En el ámbito de la Atención Primaria, el Estudio Nacional de Efectos Adversos en Atención Primaria (APEAS) estimó que en una de cada 100 consultas de atención primaria se puede hablar de evento adverso (7).

En la edición del año 2011 del estudio EPIDEA participaron los 14 hospitales que integran la red de Osakidetza, siendo la prevalencia de eventos adversos del 7,8%. Los eventos adversos se registraron, sobre todo, en las unidades de cuidados críticos (18,6%) y en los servicios quirúrgicos (6,6%), y los más frecuentes (50,2%) se asociaron a la infección o estaban relacionados con algún procedimiento (27,9%).

Los principios de la Estrategia en Seguridad del Paciente del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, se basan en la implicación de todos los actores relacionados con la asistencia sanitaria: CCAA, instituciones académicas y de investigación, así como los profesionales y pacientes, que explícitamente firmaron un

compromiso de implicación en la estrategia por una asistencia sanitaria más segura, a través de sus sociedades científicas o asociaciones respectivamente. La actividad desarrollada en este ámbito ha permitido el impulso de numerosas iniciativas, todas ellas encaminadas a conseguir unos objetivos que contemplan todos los elementos clave recomendados a nivel internacional para mejorar la seguridad de la atención sanitaria. El conjunto de actividades realizadas en el marco de esta estrategia ha sido descrito y recogido en un informe para el periodo 2005-2011 (8).

Los eventos adversos ocasionan un mayor gasto sanitario, como consecuencia de los ingresos hospitalarios directamente relacionados con los mismos, la prolongación de la estancia o el incremento de pruebas y tratamientos que se podrían haber evitado. Por ello, además de las estrategias ya señaladas, se han realizado diversos estudios para cuantificar los costes derivados de la “no seguridad” en la asistencia sanitaria (9,10). Estos estudios evidencian un elevado coste, con una tendencia progresiva que puede comprometer a medio plazo la viabilidad del sistema sanitario.

En Osakidetza, la primera aproximación a la seguridad del paciente, está relacionada con la prevención de la infección nosocomial. En 1990 surgió el Plan INOZ (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana – Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales) que integra el conjunto de actividades realizadas para prevenir y controlar la infección nosocomial. En 1991, a partir del consenso de profesionales que estaban trabajando en el ámbito de la vigilancia y el control de la infección nosocomial, se creó una comisión corporativa –Comisión INOZ–, que sentó las bases de lo que hoy se conoce como Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN).

Estos planes supusieron una estrategia común y de consenso para toda la red de Osakidetza, dándose los primeros pasos en la lucha contra la infección nosocomial y, por tanto, a favor de la seguridad del paciente. Lo que en un principio fue un acuerdo puntual en cuanto a vigilancia de la infección nosocomial, hoy se ha convertido en un conjunto complejo de actividades ligadas a la vigilancia, la prevención y el control de la infección nosocomial, desarrollándose en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Para estas actividades ha sido decisivo el papel de la Comisión INOZ que, a lo largo de los años, ha contribuido de forma significativa con numerosos trabajos y documentos de referencia, destacando, entre otros: “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” en 1994 (11), “Anexo I, manual de normas para el control de la infección nosocomial” en 1997 (12), “Libro blanco de la infección nosocomial” en 1997 (13), “Guía para la gestión del proceso de esterilización” en 2004 (14) y “Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios” en 2009 (15).

De la colaboración entre la Coordinación de Programas de salud pública (Dirección de Asistencia Sanitaria) y miembros de la Comisión INOZ, con el fin de reducir la probabilidad de infección, surge en 1999 la primera edición del documento “Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza / Servicio Vasco de Salud” (16). Este

documento fue revisado y actualizado dando lugar a la segunda edición del mismo en 2009 (17).

Además de los PVPCIN, se desarrollaron otras dos áreas relativas a la seguridad del paciente:

- 1) Gestión de hemoderivados, mediante la creación del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos en 1992 y de la Red Transfusional y de Suministro de Tejidos Humanos del País Vasco en 2001.
- 2) Gestión de la medicación, con la regulación en 2002 del Sistema de Farmacovigilancia de la CAPV y del Centro de Farmacovigilancia, creado en 1989.

Dentro de la planificación estratégica, se desarrolló el Plan de Calidad 2003-2007, en el que se contempló una línea específica de “Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria”. Esta línea de actuación, además de la infección nosocomial, el uso seguro de medicamentos y la hemovigilancia, contemplaba otros aspectos relacionados con la seguridad del paciente, concretamente las úlceras por presión y las caídas, así como la monitorización regular de complicaciones en unidades asistenciales.

Gracias a la orientación estratégica de la organización hacia la “calidad total”, en la última década se ha desarrollado en todas las organizaciones de servicios una amplia cultura relacionada con la gestión por procesos, que ha permitido integrar en la misma la cultura de la seguridad y de la gestión de riesgos (18).

En 2008 se puso en marcha el “Plan Estratégico 2008-2012: de la excelencia a la innovación”, en el que se contemplaba la seguridad clínica como línea estratégica dentro del apartado Modelo Asistencial (MA4), con dos grandes objetivos: i) MA4.1, gestionar la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria a nivel local (en servicios, unidades y centros) estructurando un sistema de monitorización, medición y notificación. ii) MA4.2, reducir la incidencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y los riesgos de efectos adversos ligados al uso de medicamentos (19).

Para poder desarrollar todas estas actividades, las organizaciones de servicios se han dotado de equipos funcionales y multidisciplinares, formados por profesionales (médicos/as, enfermeros/as, otros profesionales sanitarios,...) de diferentes servicios médicos y quirúrgicos (Cuidados Intensivos, Urgencias, Farmacia, Medicina Preventiva, Atención Primaria...), apoyados metodológicamente por las unidades de calidad. Estos equipos han centrado su actividad en la seguridad del paciente, dentro de su organización de servicios, participando en la difusión, sensibilización y formación para la acción, en gestión de riesgos. A nivel de la Organización Central, también se dispone de un equipo de trabajo liderado por la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente en la Dirección de Asistencia Sanitaria, para coordinar y apoyar a los equipos antes mencionados.

Como aliados de la seguridad del paciente, dentro de las organizaciones de servicios están los denominados “referentes de seguridad”. Se trata de profesionales que, de forma paralela a su actividad asistencial, ejercen la labor de asesoramiento y guía para otros profesionales en materia de seguridad del paciente. Sirven de correa de transmisión de los objetivos corporativos, contribuyendo a liderar y desplegar la estrategia de seguridad del paciente dentro de las organizaciones. La figura del referente de seguridad supone un pilar esencial en la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad dentro de las organizaciones de servicios.

En resumen, es evidente que Osakidetza no parte de cero en el ámbito de la seguridad del paciente. No obstante, el marco actual viene definido por una serie de características diferenciales respecto a etapas anteriores que puede sintetizarse en los siguientes puntos:

- Niveles crecientes de complejidad asistencial que pueden aumentar la probabilidad de agujeros de seguridad en el sistema, generando nuevos riesgos para la seguridad del paciente que requieren nuevos métodos de análisis y nuevas barreras.
- Pirámide demográfica invertida, con pacientes de elevada edad, marcada cronicidad y complejidad asistencial creciente, sometidos a multitud de pruebas, y tratamientos que contribuyen a incrementar la probabilidad de incidentes de seguridad.
- Entorno altamente cambiante y sofisticado, con importantes avances tecnológicos que condicionan una elevada complejidad de los modelos asistencial y organizativo, obligando a una actualización e innovación constantes.
- Escenario económico adverso, protagonizado por políticas exhaustivas de contención del gasto en el sector público, que obligan a un mayor aprovechamiento de recursos humanos y materiales, para asegurar una atención sanitaria de máxima seguridad asistencial, en aras a compatibilizarlo con el contexto económico actual.
- Marco legal que condiciona la contratación de recursos humanos y adquisición de bienes y servicios.
- Personal sanitario, altamente cualificado y motivado hacia la seguridad del paciente, caracterizado por elevados niveles de capacitación y formación continua para hacer frente a estos retos, exigiéndosele un esfuerzo adicional de adaptación a un modelo asistencial cada vez más complejo.
- Pacientes que tienen acceso a un gran volumen de información, con elevado nivel de exigencia en cuanto a la necesidad de atención sanitaria con demandas específicas crecientes.
- Nuevas estructuras organizativas en respuesta a un modelo de atención integrada: organizaciones sanitarias integradas (OSIs).
- Necesidad de adaptar e incorporar nuevas tecnologías con un mayor volumen de informatización a nivel organizativo y asistencial, como la historia clínica informatizada.

Satisfacer todos estos requisitos constituye un nuevo reto, para el cual resulta necesario un documento de referencia que contemple la actual Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza.

MODELO ORGANIZATIVO

El programa corporativo de seguridad del paciente, bajo la Dirección de Asistencia Sanitaria, se encuentra sustentado por los siguientes elementos:

- Los referentes de seguridad del paciente.
- Los grupos de trabajo específicos para cada proyecto corporativo.
- El equipo corporativo.

Los referentes de seguridad del paciente son aquellos profesionales que han sido designados, por su conocimiento y su implicación en esta materia, por la gerencia de su organización de servicios para dinamizar esta área. Constituyen el enlace imprescindible para repercutir las diferentes líneas y proyectos corporativos en la organización a la que pertenecen.

Los grupos de trabajo específicos para cada proyecto corporativo integran una selección representativa del conjunto de profesionales con conocimiento y capacidad de aportación en aras a impulsar el proyecto corporativo correspondiente. Estos grupos de trabajo, que cuentan con profesionales que desempeñan su función en la asistencia sanitaria, orientan con su criterio las acciones determinadas para cada línea de acción.

El equipo corporativo de seguridad del paciente se encuentra ubicado en la Coordinación de Programas de Salud Pública y de Seguridad del Paciente, bajo la Dirección de Asistencia Sanitaria. Tiene una función de coordinación, de apoyo, de dinamización y de evaluación de los proyectos.

Con el fin de lograr la máxima eficiencia en la gestión del programa corporativo, se propone la implantación paulatina de un modelo de trabajo en red que potencie la implicación del máximo número de profesionales, bajo la orientación de un comité director de la seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS

El escenario actual, marcado por una complejidad creciente en los modelos asistencial y organizativo junto a la necesidad de asegurar la máxima seguridad del paciente, hace necesario marcar objetivos estratégicos que contemplen dicha realidad y aseguren la viabilidad del sistema.

La necesaria alineación entre objetivos económicos y de seguridad del paciente viene respaldada a su vez por la creciente evidencia científica a favor de la seguridad del paciente como elemento vertebrador de la racionalización del gasto. De hecho, la falta de seguridad en este ámbito multiplica el coste de la atención sanitaria prestada, constituyendo lo que se denomina “costes de la no seguridad del paciente”.

Por todo ello, para hacer frente a estos retos, en el ámbito de la seguridad del paciente, a nivel corporativo, se plantean los siguientes objetivos estratégicos:

1. Convertir la seguridad del paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria, contribuyendo al mantenimiento de su cultura de seguridad.
2. Minimizar el riesgo de eventos adversos vinculados a la asistencia sanitaria en todos los niveles asistenciales.
3. Compatibilizar la necesaria política de racionalización y contención del gasto con una asistencia sanitaria de calidad y alta seguridad, materializando el binomio seguridad-eficiencia.
4. Aprovechar el impulso de las nuevas tecnologías para disminuir los posibles agujeros de seguridad, minimizando los riesgos asociados a la atención sanitaria.
5. Adaptar la experiencia adquirida en seguridad del paciente al nuevo escenario organizativo dentro del modelo de atención integrada (Organizaciones Sanitarias Integradas).

Para la consecución de estos objetivos, en base a la evidencia científica disponible, actualmente se encuentran implantadas las siguientes líneas de acción:

1. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).
2. Cirugía segura.
3. Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.
4. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP).
5. Optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
6. Buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación.
7. Buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.

8. Seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.
9. Formación en seguridad del paciente.

Además, siguiendo las directrices a nivel nacional e internacional en materia de seguridad del paciente (20), de conformidad con el actual Plan de Salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y en las Líneas estratégicas y planes de acción. Osakidetza 2013-2016, se contemplan líneas de acción corporativas de nueva incorporación:

1. Identificación inequívoca de los pacientes.
2. Conciliación de la medicación.
3. Implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.
4. Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario.

El contenido de alguna de estas nuevas líneas, en parte, ya se venía desarrollando localmente en alguna de las organizaciones de servicios, requiriéndose su extensión con un abordaje corporativo a toda la organización.

Además de los objetivos generales anteriormente expuestos, existe una serie de objetivos específicos contemplados dentro de cada una de las líneas de acción. Estos objetivos se abordan en cada uno de dichos apartados y se irán desgranando a lo largo del presente documento.

En la tabla 1 se resumen las líneas de acción que integran la actual Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza.

Tabla 1. Líneas de acción que componen la Estrategia de Seguridad del Paciente en Osakidetza: 2013-2016.

LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS ACTUALES
<p>LA1. Prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).</p> <p>LA2. Cirugía segura.</p> <p>LA3. Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.</p> <p>LA4. Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP).</p> <p>LA5. Optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.</p> <p>LA6. Buenas prácticas asociadas a la administración de la medicación.</p> <p>LA7. Buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.</p> <p>LA8. Seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.</p> <p>LA9. Formación en seguridad del paciente.</p>
NUEVAS LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVAS
<p>LA10. Identificación inequívoca de los pacientes.</p> <p>LA11. Conciliación de la medicación.</p> <p>LA12. Implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.</p> <p>LA13. Reducción de las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario.</p>

Líneas de acción
corporativas actuales de
seguridad del paciente
en Osakidetza



LA1: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)

FUNDAMENTO

Las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) constituyen un importante problema de salud pública, tanto por la morbi-mortalidad que ocasionan como por su repercusión sobre la calidad de la asistencia y sobre el gasto sanitario.

A principios de los años 70 los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) desarrollaron 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. Según este estudio, alrededor del 32% de las infecciones nosocomiales podrían evitarse si se adoptasen programas eficaces de control de la infección (21,22).

La Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estableció en 2004 con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. El primer reto que se ha desarrollado en el marco de esta alianza ha sido el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. A través de la campaña “**Una atención limpia es una atención más segura**” se ha fomentado la higiene de manos en la atención sanitaria como una medida fundamental para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y mejorar la seguridad del paciente en todos los ámbitos (23).

A nivel del Sistema Nacional de Salud (SNS), la Estrategia en Seguridad del Paciente se está desarrollando desde el año 2005 en colaboración con las CCAA. Uno de los objetivos específicos de esta estrategia es la implantación de prácticas seguras. Dentro de ellas, una de las líneas priorizadas ha sido la prevención de las IRAS. Entre las buenas prácticas desarrolladas destacan el programa de Higiene de Manos, el proyecto Bacteriemia Zero y el proyecto Neumonía Zero (8).

En Osakidetza, la prevención y el control de la infección nosocomial constituyen objetivos prioritarios para el conjunto del sistema sanitario de nuestra Comunidad desde hace más de dos décadas. En el año 1988 se elaboró la “Política de Salud para Euskadi 2000” (Euskadirako Osasun Politika), que incluía dos objetivos relativos a la reducción

de la frecuencia de las infecciones nosocomiales y al desarrollo de programas de vigilancia y control en los hospitales (24). Desde entonces, la disminución de las infecciones nosocomiales ha sido uno de los objetivos de los diferentes planes de salud desarrollados en la Comunidad Autónoma Vasca (25,26) y para ello se han puesto en marcha diferentes líneas de trabajo, programas y proyectos entre los que cabe destacar:

- Plan INOZ (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana - Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales).
- Proyecto Bacteriemia ZERO.
- Proyecto Neumonía ZERO.

PLAN INOZ

ANTECEDENTES

El Plan INOZ (Infekzio Nosokomialak Zaintzeko eta Kontrolatzeko Plana - Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales) se inició en el año 1990, a partir de diversas iniciativas que surgieron desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, la Dirección de Asistencia Sanitaria y los servicios hospitalarios, confluyendo en la necesidad de poner en marcha un plan de desarrollo de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en hospitales. Los dos objetivos fundamentales del Plan INOZ eran disminuir la frecuencia de las infecciones nosocomiales y desarrollar planes de vigilancia y control de la infección nosocomial en los hospitales.

En 1991 se creó la comisión responsable del desarrollo del Plan INOZ, Comisión INOZ, formada por profesionales de los servicios hospitalarios a cargo de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales, de la Dirección de Asistencia Sanitaria, y de la Dirección de Información, Docencia e Investigación del Departamento de Sanidad. Esta comisión se estableció como grupo de referentes técnicos en materia de infección nosocomial en la red, y como comisión asesora en esta materia.

El Plan INOZ continúa vigente en la actualidad, incluyendo entre sus actividades:

- Comisión INOZ.
- Sistema de vigilancia INOZ.
- Plan de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (PVPCIN).
- Proyecto de aplicación informática INOZ.
- Higiene de manos.

El trabajo desarrollado desde entonces ha permitido incrementar el conocimiento disponible sobre la frecuencia de las infecciones nosocomiales y sus factores de riesgo en los hospitales, así como un mayor desarrollo de los programas de vigilancia prevención y control de la infección nosocomial.

COMISIÓN INOZ

Como se ha indicado anteriormente, la Comisión INOZ se creó con el objetivo de estimular el desarrollo de los programas de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales. Durante su primera década de funcionamiento se elaboraron diversas guías de referencia en el control de la infección nosocomial, no sólo en nuestra red sino fuera de ella: “Manual de normas para el control de la infección nosocomial” en 1994 y 1997 (11, 12) y el “Libro blanco de la infección nosocomial” en 1997 (13).

Actualmente la Comisión INOZ está integrada por profesionales facultativos y de enfermería responsables de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial en los hospitales y por profesionales de la Dirección de Asistencia Sanitaria. La Comisión se reúne de forma periódica y entre sus funciones se encuentran:

- Debatir los objetivos y estrategias para la vigilancia y control de la infección nosocomial.
- Establecer actuaciones y tendencias de futuro en relación con los resultados obtenidos en los sistemas de vigilancia de infección nosocomial.

SISTEMA DE VIGILANCIA INOZ

El programa de vigilancia INOZ tiene una amplia trayectoria en nuestra Comunidad. En el año 1990 se realizó el primer estudio de incidencia de infección nosocomial en la CAPV, el Estudio INOZ, en el que participaron los 10 hospitales de agudos existentes en ese momento. A partir de los resultados de este estudio se estableció como un objetivo prioritario la disminución de las infecciones nosocomiales en los hospitales. Durante el periodo 1991-1995 la vigilancia de la infección nosocomial se desarrolló de forma heterogénea en los hospitales, a través de estudios de prevalencia como el estudio EPINE (Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España) o de estudios de incidencia. A propuesta de la Comisión INOZ y con el objetivo de canalizar todos los esfuerzos para el desarrollo de los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial, entre los que se encuentran los dirigidos a realizar estudios conjuntos y comparables, se estableció una Unidad de Vigilancia y Control de la Infección Nosocomial a nivel central.

La vigilancia de la infección nosocomial se realiza actualmente a través de estudios de incidencia y de estudios de prevalencia. Los estudios corporativos de incidencia comenzaron a realizarse en el periodo 1996-1997. Actualmente los realizan todos los hospitales, excepto los pertenecientes a las redes de salud mental. Estos estudios se desarrollan anualmente entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre del año siguiente.

Los procedimientos a monitorizar, así como los estándares a conseguir, se determinan anualmente por la Comisión INOZ. Normalmente, se monitoriza al menos un procedimiento quirúrgico considerado como cirugía limpia, y otro procedimiento quirúrgico considerado como cirugía limpia contaminada. Los indicadores de infección nosocomial para el contrato programa, acordados anualmente entre las Delegaciones Territoriales del Departamento de Salud del Gobierno Vasco con las organizaciones de servicios, son propuestos por la Comisión INOZ al Departamento de Salud que, en última instancia, es quién determina los indicadores a incluir.

Actualmente, en los hospitales de agudos se monitoriza la cirugía electiva de colon (desde 2001), la cirugía protésica de cadera y la de recambio de prótesis de cadera (desde 2005) y la cirugía protésica de rodilla y la de recambio de prótesis de rodilla (desde 2011). En los hospitales de media-larga estancia se realizan estudios de incidencia de la infección nosocomial en el área médica del hospital.

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: en otro tipo de procedimiento, por ejemplo cirugía cardíaca, o en algún servicio específico, por ejemplo Reanimación, o relacionado con algún dispositivo.

Con respecto a los estudios de prevalencia, el estudio EPINE se realiza anualmente desde el año 1990. Los hospitales se fueron incorporando a este estudio en los primeros años. Actualmente todos los hospitales de agudos y de media-larga estancia participan en el mismo.

Con objeto de facilitar la recogida de información en relación a la vigilancia y control de las infecciones nosocomiales de una forma sistematizada y homogénea, en el año 1997 se desarrolló una herramienta informática que ha permitido conocer la incidencia de la infección nosocomial en los centros, determinar los factores que han contribuido a su aparición e implantar medidas correctoras (27).

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

Los Planes de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial (PVPCIN) de los hospitales, nacieron en 1999 a iniciativa de la Comisión INOZ (28). Estos planes se desarrollaron como un 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 el año 2008 se inició un nuevo sistema de auditoría basado en la autoevaluación por parte de los centros de los diferentes criterios que incluyen los PVPCIN. Se evaluaron 36 criterios repartidos en 7 áreas:

1. Enfoque y estructura del plan.
2. Bioseguridad ambiental.
3. Proceso asistencial.
4. Limpieza, desinfección y esterilización.
5. Infección cruzada.
6. Resultados en infección.
7. Otros aspectos relacionados con la infección.

Cada una de estas áreas contiene criterios relacionados con la vigilancia, la prevención y el control de la infección nosocomial. La última autoevaluación de los PVPCIN se realizó en 2010.

PROYECTO DE APLICACIÓN INFORMÁTICA INOZ

Dentro de las áreas de mejora detectadas en las evaluaciones del PVPCIN 2004 y 2008 se encontraba la necesidad de disponer de un sistema de vigilancia y alerta activa de brotes intrahospitalarios y seguimiento de los aislamientos por microorganismos multiresistentes, así como un nuevo sistema de información para los estudios epidemiológicos relacionados con la infección nosocomial. En los últimos tres años se ha desarrollado una nueva herramienta informática con el objetivo de facilitar la vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial en los hospitales. Esta nueva aplicación consta de dos módulos:

- Módulo de estudios epidemiológicos: su fin es facilitar la realización y control de estudios epidemiológicos de incidencia a los centros hospitalarios.
- Módulo de vigilancia epidemiológica: permite la vigilancia, seguimiento y control de los pacientes hospitalizados con infección y/o colonización.

Actualmente se está pilotando la aplicación en dos organizaciones de servicios.

HIGIENE DE MANOS

Como se ha señalado anteriormente, una de las líneas de acción desarrolladas dentro del Plan INOZ ha sido la relativa a higiene de manos. 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), con el objetivo de lograr que se reconozca universalmente que el control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de los pacientes, y el papel fundamental que tiene la higiene de manos en la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (29).

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. El objetivo de la campaña era concienciar acerca de la necesidad de que el personal sanitario mejore y mantenga las prácticas de higiene de las manos en el momento oportuno y de la forma apropiada con el fin de contribuir a reducir la propagación de infecciones potencialmente letales en los centros sanitarios.

Desde 2008 la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) impulsa el Programa de Higiene de las Manos, en el marco de este primer reto mundial del programa de seguridad del paciente de la Organización Mundial de la Salud “Una atención limpia es una atención segura”, al que España se adhirió oficialmente en octubre de 2006 (8).

En 2008 se creó un grupo coordinador a nivel de SNS constituido por expertos de todas las CCAA y de la Agencia de Calidad para desarrollar el Programa de Higiene de Manos.

Los objetivos generales del programa son:

1. Mejorar la higiene de manos de los profesionales, pacientes y familiares con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en el SNS.
2. Promover el desarrollo de la estrategia de higiene de manos de la OMS a nivel del SNS.

Entre los objetivos específicos del programa se encuentran:

1. Consensuar actividades básicas comunes.
2. Identificar indicadores e instrumentos de evaluación que puedan ser implantados a distintos niveles en las CCAA.

3. Mejorar la información y formación de los profesionales en materia de higiene de manos a través de talleres de formación de formadores o el curso on line de higiene de manos entre otros.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco dentro de los grupos de trabajo operativos se encuentra el Grupo de Higiene de Manos, que participa en el Comité de Expertos sobre Higiene de Manos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Entre otras actividades realizadas destacan: el desarrollo de la “Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios” (15), la puesta en marcha de una campaña de higiene de manos y la formación de referentes en higiene de manos.

OBJETIVOS

Dentro de los objetivos que se plantean para el periodo 2013-2016, en relación con las diferentes actividades incluidas en el Plan INOZ, se encuentran:

COMISIÓN INOZ Y SISTEMA DE VIGILANCIA INOZ

1. Promover el desarrollo de, al menos, un foro de encuentro anual entre los profesionales que trabajan en la vigilancia y el control de la infección nosocomial.
2. Actualizar el “Manual de normas para el control de la infección nosocomial”.
3. Planificar y diseñar un estudio corporativo de prevalencia de microorganismos multiresistentes a nivel hospitalario, que permita conocer la distribución actual de estos microorganismos en los hospitales.
4. Revisar los estudios epidemiológicos de infección nosocomial que se realizan anualmente y valorar la incorporación de nuevos procedimientos.

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

1. Fortalecer los sistemas de vigilancia de infección nosocomial.
2. Potenciar la prevención de las infecciones nosocomiales con el desarrollo de recomendaciones y protocolos consensuados.
3. Desarrollar nuevas líneas de acción dirigidas al control de la infección nosocomial en el ámbito asistencial.
4. Favorecer la formación relativa a la prevención de la infección nosocomial en los profesionales sanitarios.

Entre los objetivos establecidos para el año 2013 se encuentra la revisión del proceso de autoevaluación de los PVPCIN y de los criterios a evaluar y la realización de esta autoevaluación del PVPCIN en los hospitales.

PROYECTO DE APLICACIÓN INFORMÁTICA INOZ

1. Validar la nueva aplicación informática INOZ, en función del alcance funcional finalmente determinado y pilotar la aplicación en condiciones reales.
2. Gestionar la implantación de la nueva aplicación en todos los hospitales y facilitar la formación correspondiente.

HIGIENE DE MANOS

1. Potenciar el desarrollo de planes de acción encaminados a fomentar una adecuada higiene de manos en todas las organizaciones de servicios.
2. Coordinar la recogida de los indicadores de higiene de manos de los hospitales para el programa de higiene de las manos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que tiene como objetivos:
 - Mejorar la higiene de manos de los profesionales, pacientes y familiares con el fin de reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.
 - Promover el desarrollo de la estrategia de higiene de manos de la Organización Mundial de la Salud.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Desde la Comisión INOZ y la Coordinación de Programas de salud pública y de seguridad del paciente se han planteado nuevos retos para el control de las IRAS. Uno de los temas de interés, por la gran repercusión que tiene tanto para los pacientes como para el sistema sanitario, es la infección por microorganismos multiresistentes. Entre las actividades que se van a realizar a medio plazo está el desarrollo de un estudio para conocer la situación de la infección por microorganismos multiresistentes en los hospitales. También se va a elaborar un protocolo en relación con el sistema de alertas de las infecciones por microorganismos multiresistentes, entre los que se encuentra el *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR).

En relación con la autoevaluación de los PVPCIN, se han revisado los criterios a evaluar y en el último trimestre de 2013 se llevará a cabo la autoevaluación en los hospitales de agudos y de media-larga estancia, que irá acompañada de una evaluación externa. Esto permitirá conocer cuáles son las áreas susceptibles de mejora y plantear medidas dirigidas a mejorar la prevención y control de la infección nosocomial.

La nueva aplicación informática para la vigilancia de la infección nosocomial se está pilotando actualmente en dos organizaciones de servicios. En el primer trimestre de 2014 se finalizará el despliegue en todos los hospitales de agudos y de media-larga estancia.

Una de las líneas de trabajo que se va a desarrollar en el periodo 2013-2016 en relación a la prevención y control de las IRAS es la línea de acción corporativa “Reducción de infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a catéter urinario”.

EVALUACIÓN

Los indicadores de infección nosocomial se recogen anualmente en el contrato programa que firman las organizaciones de servicios de Osakidetza con la Dirección de Aseguramiento y Contratación del Departamento de Salud. Los indicadores para el año 2013 son los recogidos en la tabla 2.

En relación con la higiene de manos y de forma específica, desde el año 2010 se recoge anualmente, desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, una serie de indicadores relativos a la higiene de manos, consensuados por el grupo coordinador del programa Higiene de Manos en el SNS que está integrado por representantes técnicos de todas las CCAA, el INGESA y la Agencia de Calidad del SNS. Los indicadores que se van a solicitar para evaluar las actividades del año 2012 son los recogidos en la tabla 3.

Tabla 2. Indicadores y estándares contemplados dentro del Plan INOZ: hospitales de agudos y hospitales de media y larga estancia.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Hospitales de agudos (infección nosocomial)	
Infección de la herida quirúrgica en cirugía electiva de colon	< 25%
Infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera	< 3%
Infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla	< 2%
Estudios de incidencia de infección nosocomial en unidades de alto riesgo	SÍ/NO
Hospitales de agudos (adecuación de la profilaxis antibiótica)	
Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis estando indicada	< 5%
Porcentaje de adecuación del comienzo	> 90%
Porcentaje de adecuación de la duración	> 90%
Hospitales de media y larga estancia (infección nosocomial)	
Estudios de incidencia de infección nosocomial en área médica y acciones mejora	Estudio y presentación de un plan de mejora
Actualización plan PVPCIN	Disponer de versión actualizada del plan con las mejoras introducidas

Tabla 3. Programa de higiene de manos en el SNS. Indicadores 2012.

INDICADOR
Indicadores relativos a higiene de manos
Porcentaje de camas con preparados de base alcohólica (PBA) en la habitación
Porcentaje de camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) con PBA en el punto de atención
Porcentaje de centros de Atención Primaria con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria
Porcentaje de hospitales que han realizado actividades formativas
Porcentaje de centros de Atención Primaria que han realizado actividades formativas
Consumo de PBA en hospitalización
Porcentaje de camas con PBA en el punto de atención
Porcentaje de hospitales que han realizado observación del cumplimiento de los cinco momentos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS
Porcentaje de hospitales que han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS
Porcentaje de hospitales que han realizado actividades formativas sobre los cinco momentos utilizando la herramienta de la OMS

BACTERIEMIA ZERO

ANTECEDENTES

Las infecciones asociadas a catéteres vasculares se relacionan con un incremento de la mortalidad y de las complicaciones así como de la estancia hospitalaria y los costes. Desde el año 1994 la vigilancia de las infecciones adquiridas en los servicios o Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) se realiza en España mediante el estudio ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial), desarrollado por el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (GTEI-SEMICYUC) (30). La bacteriemia asociada a catéter venoso central (BRC) era una de las infecciones relacionadas con dispositivos más frecuentes en las UCI españolas, con tasas superiores a las de otros países europeos observadas en el programa europeo de vigilancia HELICS.

Diversas iniciativas basadas en estrategias multifactoriales, formativas y de aplicación de las guías de prevención, han mostrado su eficacia en la reducción de las tasas de bacteriemia relacionada con el uso de catéter venoso central (CVC). Basándose en la estrategia multifactorial desarrollada en Michigan por el Dr. Peter Pronovost de la Universidad Johns Hopkins (31), 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: el Proyecto Bacteriemia Zero (32).

Este proyecto ha sido liderado por la SEMICYUC en coordinación con las CCAA y se ha desarrollado entre enero de 2009 y junio de 2010. En el ámbito de la Comunidad Autónoma Vasca han participado 9 unidades de cuidados intensivos. A nivel autonómico el proyecto ha contado con un coordinador médico y otro de enfermería y por cada unidad participante, con un profesional médico y otro de enfermería responsables del proyecto.

El objetivo principal ha sido reducir la media estatal de la densidad de incidencia (DI) de la BRC a menos de 4 episodios de bacteriemia por 1.000 días de CVC, que representa una reducción del 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años en las UCI españolas.

Además, se plantearon como objetivos secundarios promover y reforzar la cultura de seguridad en las UCIs del SNS, crear una red de UCIs a través de las CCAA, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada y documentar todos los episodios de bacteriemia, incluidas las secundarias de otros orígenes, así como la etiología de las mismas y las características de los pacientes que las desarrollan.

El proyecto incluía dos líneas de intervención complementarias:

1. **Una intervención estandarizada** de prevención de la bacteriemia (STOP-BRC) que supone la implantación de 6 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de CVC basadas en el mejor conocimiento científico:
 - Higiene adecuada de manos.
 - Uso de clorhexidina en la preparación de la piel.
 - Uso de medidas de barrera total durante la inserción de los CVC.
 - Preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción.
 - Retirada de CVC innecesarios.
 - Manejo higiénico de los catéteres.
2. **Un Plan de Seguridad Integral (PSI)** que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las UCIs a través de las siguientes actividades:
 - Evaluar la cultura de seguridad (medición basal y periódica).
 - Formación en seguridad del paciente.
 - Identificar errores en la práctica habitual (por los profesionales).
 - Establecer alianzas con la dirección del centro sanitario para la mejora de la seguridad.
 - Aprender de los errores.

OBJETIVOS

Promover el mantenimiento de una formación continuada y la realización de foros de encuentro entre los profesionales, que ayuden a potenciar el mantenimiento de las buenas prácticas, para reducir las bacteriemias relacionadas con los catéteres centrales en pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Actualmente se sigue realizando un seguimiento del proyecto Bacteriemia Zero. Según los últimos datos presentados en mayo de 2013, el número de UCIs que aporta información al proyecto se ha incrementado durante el año 2012. Las tasas a nivel estatal están disminuyendo. Durante el periodo del estudio la densidad media de bacteriemia primaria y secundaria asociada a catéter fue de 2,78 episodios / 1.000 días de CVC. Durante el año 2012 ha disminuido a 2,25 episodios / 1.000 días de CVC.

En nuestra Comunidad ambas tasas se sitúan por debajo de la media estatal: concretamente durante el periodo de estudio la tasa de bacteriemia primaria y secundaria relacionada con catéter fue de 2,47 episodios x 1.000 días de CVC y en el año 2012 de 1,76 episodios x 1.000 días de CVC.

Para mantener esta disminución en las tasas de bacteriemia es fundamental consolidar y mantener las buenas prácticas implantadas a nivel de las UCIs. Para ello es necesario

que exista un liderazgo claro y un apoyo de las direcciones a las diferentes actividades encaminadas a consolidar estas buenas prácticas.

EVALUACIÓN

Actualmente sigue habiendo un seguimiento del Proyecto Bacteriemia Zero. Las UCIs participantes siguen reportando los casos de bacteriemias a través de una adaptación del programa ENVIN-HELICS que se encuentra alojada en la página web del Hospital Vall d'Hebron.

Por otra parte, anualmente, en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio, se lleva a cabo el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en servicios de medicina intensiva (estudio ENVIN) que recoge las tasas de incidencia y de densidad de incidencia de cada una de las infecciones controladas, entre las que se encuentra la bacteriemia asociada a catéter.

NEUMONÍA ZERO

ANTECEDENTES

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) representa casi el 42% de las infecciones adquiridas en UCI durante 2010, según los datos del estudio ENVIN (33).

En los últimos años se ha demostrado el impacto de la aplicación de paquetes de medidas para estimular el cumplimiento de recomendaciones básicas y mejorar los cuidados de los pacientes. La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) encargó a la SEMICYUC en colaboración con la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) la revisión de la evidencia de las recomendaciones existentes en prevención de NAVM y la elaboración de una propuesta de intervención con un paquete de medidas basadas en la evidencia y aplicabilidad en nuestro país (34, 35).

Los objetivos del proyecto son los siguientes:

- Aplicar un paquete de medidas preventivas de NAVM para disminuir la tasa media estatal de la misma por debajo de 9 episodios por 1.000 días de ventilación mecánica (representa una reducción del 40% respecto a la tasa media del periodo 2000-2008 y una reducción del 25% con respecto a la de los años 2009-2010).
- Promover y reforzar la cultura de seguridad en las UCIs del Sistema Nacional de Salud, a través de un programa de seguridad integral (*PSI*).
- Crear una red de UCIs, a través de las CCAA, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.

El proyecto se ha desarrollado entre abril de 2011 y diciembre de 2012. En él han participado 9 unidades de cuidados intensivos de la Comunidad Autónoma Vasca, existiendo un responsable facultativo y de enfermería por cada UCI. Al igual que en el caso de bacteriemia zero, existen a nivel autonómico una coordinación médica y de enfermería.

La intervención para la prevención de NAVM incluye dos líneas de acción complementarias:

1. **La intervención estandarizada** mediante la aplicación de un paquete de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otro de medidas específicas (altamente recomendables) para prevenir las NAVM: STOP NAVM.

Medidas básicas de obligado cumplimiento:

- Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea.
- Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea.
- Higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12%- 0,2%).

- Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm. H₂O).
- Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0°.
- Favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración.
- Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

Medidas optativas específicas, altamente recomendables:

- Aspiración continua de secreciones subglóticas.
- Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea).
- Antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia.

2. **El Plan de Seguridad Integral**, que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las UCIs a través de:

- Evaluar la cultura de seguridad (medición basal y periódica).
- Formación en seguridad del paciente.
- Identificar errores en la práctica habitual (por los profesionales).
- Establecer alianzas con la dirección del centro para la mejora de la seguridad.
- Aprender de los errores.
- Incrementar la comunicación entre los profesionales que atienden a los pacientes críticos mediante la implantación de los objetivos diarios.

OBJETIVOS

1. Facilitar la coordinación y el apoyo al grupo de profesionales que participa en el proyecto “Neumonía Zero” mediante la realización de las reuniones, las sesiones y los talleres necesarios.
2. Promover el mantenimiento de una formación continuada y la realización de foros de encuentro entre los profesionales, que ayuden a potenciar el mantenimiento de las buenas prácticas para reducir las neumonías en pacientes sometidos a ventilación mecánica en las UCIs.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Recientemente se han presentado los resultados del Proyecto Neumonía Zero. La densidad de incidencia media de neumonía asociada a ventilación mecánica en las CCAA que han participado ha sido de 6,56/1.000 días de ventilación mecánica. En la CAPV la tasa es menor, 3,28/1.000 días de ventilación mecánica en el año 2012.

Se ha visto que los resultados varían en función del tamaño de las UCIs, por lo que se plantea la necesidad de modificar la tasa de NAVM considerada como estándar de calidad en función del tamaño de los hospitales.

Las tasas en nuestra Comunidad han ido disminuyendo desde que se inició en el año 2009 el Proyecto Bacteriemia Zero.

EVALUACIÓN

Como hemos comentado anteriormente, anualmente, en el periodo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de junio, se lleva a cabo el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en servicios de medicina intensiva (estudio ENVIN), que recoge las tasas de incidencia y de densidad de incidencia de cada una de las infecciones controladas, entre las que se encuentra la neumonía asociada a ventilación mecánica.

En el año 2012, se incorporó al contrato programa el indicador contemplado en la tabla 4.

Tabla 4. Indicador incluido en los contratos programa de las organizaciones de servicios que tienen UCIs.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicador introducido en contrato programa 2012	
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con UCI	< 9 episodios x 1000 días de ventilación mecánica
Indicador introducido en contrato programa 2013	
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con UCI	< 4 episodios x 1000 días de ventilación mecánica

LA2: CIRUGÍA SEGURA

FUNDAMENTO

La cirugía es uno de los campos que mayor repercusión tiene sobre la seguridad del paciente. Cuando un paciente es sometido a cirugía, se pone en marcha una cascada de acontecimientos estrechamente relacionados con su seguridad. Por tanto, son numerosos los aspectos que intervienen en el proceso quirúrgico y que pueden contribuir a aumentar la morbi-mortalidad de los pacientes sometidos a cirugía.

Se estima que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una intervención quirúrgica por cada 25 personas. Según el último Estudio Nacional de los Efectos Adversos (ENEAS), el 7,63% de los eventos adversos se relacionaron con infección de la herida quirúrgica, el 1,68% con dehiscencia de suturas y el 0,46% con adherencias y alteraciones funcionales tras intervención quirúrgica. El 41,3% de los eventos adversos, tuvieron lugar en servicios quirúrgicos, de los cuales el 24,2% se consideraron graves. A su vez, se registraron 2,1 eventos adversos por cada 100 días de ingreso en un servicio quirúrgico (5). Según el estudio EPINE (2011), el 19,35% de las infecciones nosocomiales registradas fueron de origen quirúrgico. La prevalencia de infección en pacientes sometidos a cirugía fue del 10,23%. La prevalencia total de infección quirúrgica vinculada a la asistencia sanitaria (origen nosocomial) fue del 4,53% (36).

ANTECEDENTES

Habida cuenta de que la cirugía supone uno de los apartados de la atención sanitaria con mayor repercusión sobre la seguridad del paciente, la OMS puso en marcha en 2007 la “Alianza mundial para la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas” (37). Mediante esta estrategia la OMS señaló como objetivo fundamental reducir la frecuencia de eventos adversos vinculados a la cirugía, creando un decálogo para la cirugía segura, compuesto por los siguientes puntos:

1. El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
2. El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
3. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y reconocerá esas situaciones.
4. El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
5. El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen 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 el paciente 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.

Para cumplir con estos objetivos, se idearon una serie de estrategias, entre las cuales destaca la creación de una lista de verificación para mejorar los estándares de la seguridad quirúrgica: check-list quirúrgico.

Alineándose con esta estrategia, Osakidetza incluyó dentro de su programa corporativo de seguridad del paciente la implantación del check-list quirúrgico. Se consensuó con las distintas organizaciones de servicios un check-list quirúrgico (tronco común), basado en las recomendaciones de la OMS. Inicialmente, este check-list comenzó a utilizarse en formato papel en un número limitado de organizaciones de servicios. Progresivamente, se ha ido ampliando tanto el volumen de utilización como el número de procedimientos quirúrgicos y organizaciones de servicios con implantación.

Finalmente, en septiembre de 2012 se incluyó el check-list quirúrgico (tronco común) dentro de Osabide Global, estando disponible para todos los profesionales que intervengan en el proceso quirúrgico y para todas las organizaciones de servicios que prestan servicio de cirugía mayor.

OBJETIVOS

En el contexto actual de la línea de cirugía segura se plantean los siguientes objetivos corporativos:

1. Fomentar la utilización del check-list quirúrgico en todas las organizaciones de servicios que incluyan dentro de su cartera de servicios la cirugía mayor.
2. Promover la evaluación y el seguimiento de la utilización del listado de verificación quirúrgica en las organizaciones de servicios.
3. Comprobar y evaluar la utilización efectiva del check-list quirúrgico mediante técnicas adecuadas de verificación.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Mediante la inclusión del check-list quirúrgico en la historia clínica del paciente dentro de Osabide Global, se facilita que los profesionales sanitarios involucrados procedan a su cumplimentación. Para acercar el check-list quirúrgico al profesional sanitario, se ha llevado a cabo una campaña de difusión desde la Organización Central de Osakidetza, dándolo a conocer. También, se está llevando a cabo una revisión sobre las formas más

eficaces de medición de la cumplimentación del check-list. Otro aspecto a considerar, será la adaptación de la lista de verificación a los diferentes tipos de cirugía.

Para estimular la adherencia a la lista de verificación quirúrgica, se han utilizado métodos de carácter estratégico, dirigidos a las organizaciones de servicios, vinculando el check-list quirúrgico a los objetivos del contrato programa, en el ámbito de la cirugía urgente y programada.

En el momento actual el principal reto es comprobar que el check-list quirúrgico se está utilizando de forma correcta y efectiva en las diferentes dimensiones del mismo:

- 1) En todos los actos de cirugía mayor.
- 2) En los momentos establecidos: antes, durante y después de la cirugía.
- 3) Por todos los responsables de su cumplimentación: personal de planta, quirófano, cirugía y anestesia.

EVALUACIÓN

Se plantea una sistemática de evaluación de la línea, basada en los indicadores contemplados en la tabla 5. Algunos de estos indicadores están basados en las recomendaciones de la OMS.

Tabla 5. Indicadores de la línea de acción de cirugía segura

INDICADOR
INDICADORES GLOBALES
Nº de organizaciones de servicios con check-list implantado
Porcentaje global de cumplimiento del check-list quirúrgico
INDICADORES POR ORGANIZACIÓN
Nº de servicios-unidades con check-list implantado
Porcentaje global de cumplimiento del check-list quirúrgico
Implantación del check-list en la cirugía programada de las organizaciones de servicios y evidencia de la evaluación de su utilización
Implantación del check-list en la cirugía urgente de las organizaciones de servicios y evidencia de la evaluación de su utilización

LA3: SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO

FUNDAMENTO

La gestación, el parto y el puerperio son procesos naturales y a la vez cruciales en los que se ha de extremar la vigilancia y el seguimiento por la elevada probabilidad de eventos adversos. Pueden comprometer la salud maternal y neonatal, existiendo una gran sensibilidad social a los incidentes asistenciales en este campo. Además, las posibilidades de instrumentalización del parto son elevadas con lo que se aumenta la probabilidad de complicaciones. Se trata, por tanto, de uno de los ámbitos asistenciales en el que adquiere gran relevancia la seguridad del paciente, desde el que se pretende proteger tanto la seguridad de la mujer embarazada, como la del bebé.

Se estima que a nivel nacional se registra un incidente de seguridad en el 40% de los partos. A su vez se producen 1,4 errores de medicación por cada 1.000 estancias en obstetricia y 3,54 errores de medicación por cada 1.000 órdenes médicas en obstetricia y ginecología. A su vez, la frecuencia de infección de herida quirúrgica en obstetricia oscila entre el 1,5 y el 11,2% (38). En los hospitales, en 2011 el 2,1 % de los eventos adversos registrados, tuvo lugar en el área de obstetricia.

Según el informe de EURO-PERISTAT 2013, durante los últimos años la mortalidad perinatal en España ha experimentado un aumento progresivo, situándose en 3,7 muertes/1.000 nacidos vivos (39). Además de motivos asistenciales, existen diferentes factores que pueden justificar este ascenso, entre los cuales figuran razones de tipo demográfico, como el descenso de la tasa de fecundidad y el hecho de que la edad media a la maternidad haya experimentado una tendencia creciente, situándose en una media de 31 años en 2005. Actualmente, en el 91,9% de los embarazos la edad maternal es igual o superior a 37 años. También destacan razones de tipo epidemiológico, como el aumento de la frecuencia de neonatos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), representando el 8,8% del total de nacidos vivos, así como la evolución creciente del número de nacimientos múltiples, situándose en 20,6 por cada 1.000 mujeres. La tasa de mortalidad materna es de 3,6 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos. Finalmente, asistimos a una creciente instrumentalización de los partos que puede agravar la situación e incrementar el riesgo de eventos adversos. En concreto, en el 22,2% de los partos se practicó cesárea.

ANTECEDENTES

En respuesta a la demanda social, profesional y de las administraciones sanitarias en torno a la salud maternal y neonatal, en el año 2008 se publicó la “Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (40). La finalidad de este documento es potenciar la atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, mejorando la calidad asistencial y manteniendo los niveles de seguridad de la mujer embarazada y el neonato. En esta misma línea, en 2010, se elaboró la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” (41), en el marco del Convenio de Colaboración para el desarrollo del Plan de Calidad en el Sistema Nacional de Salud, suscrito por el Instituto de Salud Carlos III y el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Esta guía es producto de la colaboración entre Osteba (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco) y Avalia-t (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia). El objetivo de esta guía es disminuir la variabilidad de la práctica clínica, unificando criterios en base a la evidencia científica disponible para la mejora de la seguridad clínica maternal y neonatal. En 2011 se incorpora la línea de actuación “Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio”, dentro del Programa Corporativo de Seguridad del Paciente.

OBJETIVOS

En la línea de Seguridad del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio, dentro del Programa Corporativo de Seguridad del Paciente, se contemplan los siguientes objetivos generales:

1. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante la sistematización y protocolización de los procedimientos, creando y desplegando el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.
2. Crear, liderar y mantener el grupo de trabajo del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio; coordinando al personal técnico, profesionales sanitarios y proveedores informáticos involucrados en el mismo.
3. Formar específicamente a grupos de profesionales involucrados en la atención sanitaria a la mujer gestante y el neonato (obstetras, matronas, etc.).
4. Desarrollar e implantar nuevas tecnologías que sirvan para generar defensas en el sistema, introduciendo barreras en la cadena de generación de incidentes y eventos adversos con repercusión sobre la salud maternal y neonatal:
 - a. Cartilla electrónica de la embarazada.
 - b. Aplicación informática de control y gestión del parto.
 - c. Sistema de identificación del paciente mediante radiofrecuencia: RFiD.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio

En la actualidad, desde la Organización Central se lidera un grupo de trabajo que coordina las actividades dentro del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio (figura 1). El grupo de trabajo es un equipo multidisciplinar, estando compuesto por médicos/as, enfermeros/as, técnicos/as e informáticos/as. Este grupo se reúne periódicamente para diseñar la estrategia de avance dentro del proceso, evaluando y desarrollando mejoras en las diferentes áreas del mismo. Se mantiene contacto permanente con matronas y facultativos especialistas en ginecología y obstetricia, desarrollando un calendario de reuniones con profesionales de las organizaciones de servicios que aportan información necesaria para el proceso. Desde este grupo se ha desarrollado la revisión bibliográfica sistemática para determinar los contenidos necesarios para el desarrollo de las aplicaciones informáticas corporativas del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.

Se han llevado a cabo varias acciones formativas dirigidas específicamente a profesionales que desarrollan su actividad asistencial en el ámbito de la obstetricia y ginecología en diferentes organizaciones de servicios. El contenido de estas acciones formativas está relacionado básicamente con las aplicaciones informáticas corporativas diseñadas específicamente para el proceso, así como la implantación de nuevas tecnologías en el ámbito de la obstetricia.

Cartilla electrónica de la embarazada

Actualmente toda mujer embarazada, atendida en Osakidetza, posee un documento específico que se conoce como “cartilla de la embarazada”. Se trata de un documento que incluye información clínica relevante relativa al control y seguimiento del embarazo. Además de un instrumento de gran utilidad para los profesionales que realizan esta tarea asistencial, también constituye un derecho específico de la mujer embarazada, regulado por normativa estatal (42) y contemplado legislativamente en el Decreto 175/1989 de 18 de Julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud (43). Pese a la gran utilidad de este documento y su alto grado de aceptación por profesionales sanitarios, también tiene sus inconvenientes: posibilidad de errores en la cumplimentación, falta de uniformidad de las anotaciones realizadas por diferentes profesionales, extravío del documento, etc. El principal inconveniente de la cartilla de la embarazada en formato papel es que la mujer embarazada vehiculiza la información de su propia historia clínica y que su cumplimentación está sujeta a variabilidad en función del profesional que atiende a la gestante.

En el marco de la línea de acción de seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio, se ha desarrollado una aplicación informática específica denominada “**Cartilla electrónica de la embarazada**”. Consiste en una aplicación informática, vinculada a la historia clínica de la mujer, que, mediante una serie de menús sencillos e

intuitivos, permite recoger la información necesaria para el seguimiento del embarazo, según la evidencia científica disponible. Mediante esta aplicación se pretende trasladar la evidencia científica a la práctica clínica, minimizando la variabilidad clínica y asistencial durante el embarazo, ofreciendo al profesional (obstetra o matrona) una serie de tareas secuenciales, apoyadas por la evidencia científica. En definitiva, contribuye a generar defensas en el sistema, mediante la introducción de barreras en la cadena de generación de incidentes de seguridad del paciente. La aplicación ha sido desarrollada teniendo en cuenta la evidencia científica disponible, así como las opiniones de expertos en ginecología y obstetricia, que desarrollan su actividad profesional dentro y fuera de Osakidetza. La metodología empleada ha consistido en reuniones con expertos, por un lado, y revisión bibliográfica, por otro.

Se pretende que en el futuro sustituya a la cartilla de la embarazada en formato papel, actualmente en vigor, con lo que la mujer dejaría de ser portadora de su propia información, evitando errores. Esta aplicación ha sido diseñada para funcionar tanto en el entorno informático operativo de Atención Primaria (Osabide AP) como en Atención Especializada (Osabide Global), pudiendo ser utilizada por cualquier profesional sanitario que atienda a la mujer durante su embarazo. Se trata de un instrumento vinculado a la historia clínica de la mujer a través de Osabide Global.

En la actualidad, se está llevando a cabo el pilotaje de la cartilla electrónica de la embarazada, dentro de la plataforma Osabide Global. En este pilotaje participan, por orden cronológico de incorporación: Centro de Salud de San Martín, Hospital Universitario de Araba, Organización Sanitaria Integrada de Bidasoa y Organización Sanitaria Integrada de Goierri-Alto Urola. Está previsto que, progresivamente, se vayan adhiriendo más organizaciones de servicios.

Aplicación informática de control y gestión del parto

Dentro del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio, el parto constituye un punto crítico, en el que resulta elevada la probabilidad de incidentes y eventos adversos. Con el objeto de minimizar los riesgos asistenciales vinculados al parto, se ha desarrollado la aplicación informática de control y gestión del parto. Esta aplicación ha sido diseñada para el entorno operativo de Osabide Global, integrándose en la historia clínica de la gestante. En esta aplicación se recogen las principales recomendaciones nacionales e internacionales, basadas en la evidencia científica disponible sobre atención al parto. La aplicación consiste en una serie de menús desplegable de manejo sencillo e intuitivo. Se contemplan numerosos elementos para incrementar la seguridad y se recogen de forma organizada diferentes variables relativas a la evolución del parto y el puerperio inmediato. Como elemento innovador, incluye la posibilidad de elaborar el partograma en tiempo real, a partir de los datos introducidos por varios profesionales sanitarios en diferentes turnos de trabajo.

Esta aplicación está siendo validada por médicos especialistas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Araba. Concluido el proceso de

validación, está previsto que se inicie el pilotaje de la aplicación para, posteriormente, extenderla al resto de organizaciones de servicios.

Sistema de identificación del paciente mediante radiofrecuencia RFiD

El sistema de identificación mediante radiofrecuencia (RFiD), permite la identificación y geolocalización del paciente mediante dispositivos (pulseras) que son detectados por tecnología inalámbrica. El sistema ha sido instalado en las áreas de partos de todos los hospitales con dicha prestación: Hospital Universitario de Araba, Hospital Universitario de Basurto, Hospital Universitario de Cruces, Hospital de Galdakao - Usansolo, Hospital Universitario Donostia, Hospital de Mendaró y Hospital de Zumarraga. Para su funcionamiento se requiere que la aplicación de control y gestión del parto esté operativa. Se han desarrollado pruebas del circuito completo en el Hospital Universitario de Araba, con un resultado satisfactorio. Se prevé que, una vez validada la aplicación de control y gestión del parto, se pueda realizar el pilotaje del sistema de identificación por radiofrecuencia RFiD, para su posterior implantación.

En la figura 2 se representa la evolución y estado de situación de las aplicaciones informáticas corporativas y los sistemas basados en nuevas tecnologías del proceso asistencial Gestión-Parto-Puerperio.

EVALUACIÓN

La sistemática de evaluación de la línea se lleva a cabo mediante una batería de indicadores específicos, agrupados en cinco dimensiones:

- 1) Grado de despliegue del proceso.
- 2) Evolución del proceso asistencial.
- 3) Comunicación.
- 4) Docencia.
- 5) Difusión del conocimiento y producción científica.

Dado el carácter novedoso de esta línea, la mayor parte son indicadores de proceso más que indicadores de resultados. En la tabla 6 se muestran los indicadores del proceso asistencial Gestión-Parto-Puerperio.

Tabla 6. Indicadores de la línea de acción de Seguridad en el proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio.

INDICADOR
GRADO DE DESPLIEGUE
Personas participantes en el proceso
Nº de matronas
Nº de ginecólogos/as
Nº de otros profesionales
Nº total profesionales participantes
Organizaciones de servicios participantes
Nº de centros de Atención Primaria
Nº de hospitales
Nº total organizaciones de servicios
EVOLUCIÓN PROCESO ASISTENCIAL
Cartilla electrónica del embarazo
Nº de usuarios activos
Nº de cartillas abiertas (embarazos en seguimiento)
Nº de versiones
Aplicación de control y gestión del parto
Nº de usuarios activos
Nº de embarazos registrados
Nº de versiones
Red de identificación RFID
Nº de organizaciones de servicios con RFID activa
COMUNICACIÓN
Nº de reuniones grupo de trabajo
Nº de reuniones bilaterales (grupo y otra entidad)
DOCENCIA
Nº de acciones formativas impartidas
Nº de personas formadas
DIFUSIÓN CONOCIMIENTO PRODUCCIÓN CIENTÍFICA
Nº de comunicaciones a congresos ó reuniones científicas
Nº de publicaciones

Figura 1. Diagrama del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio en Osakidetza.

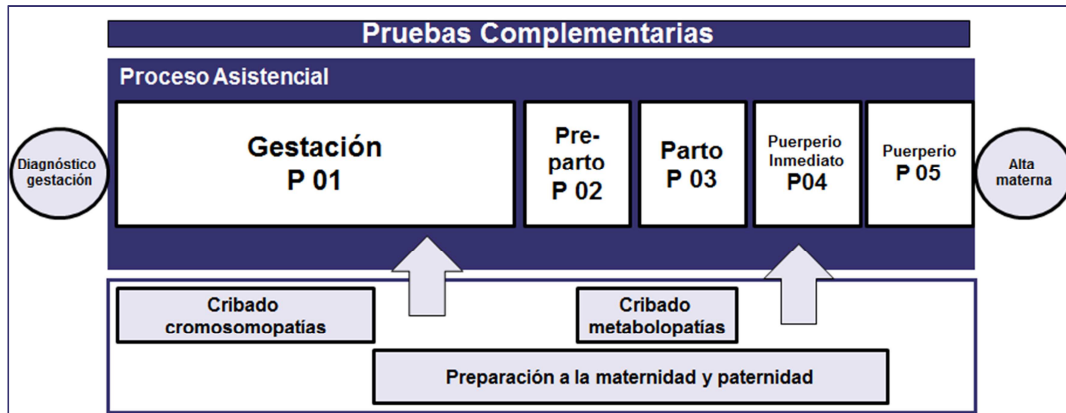
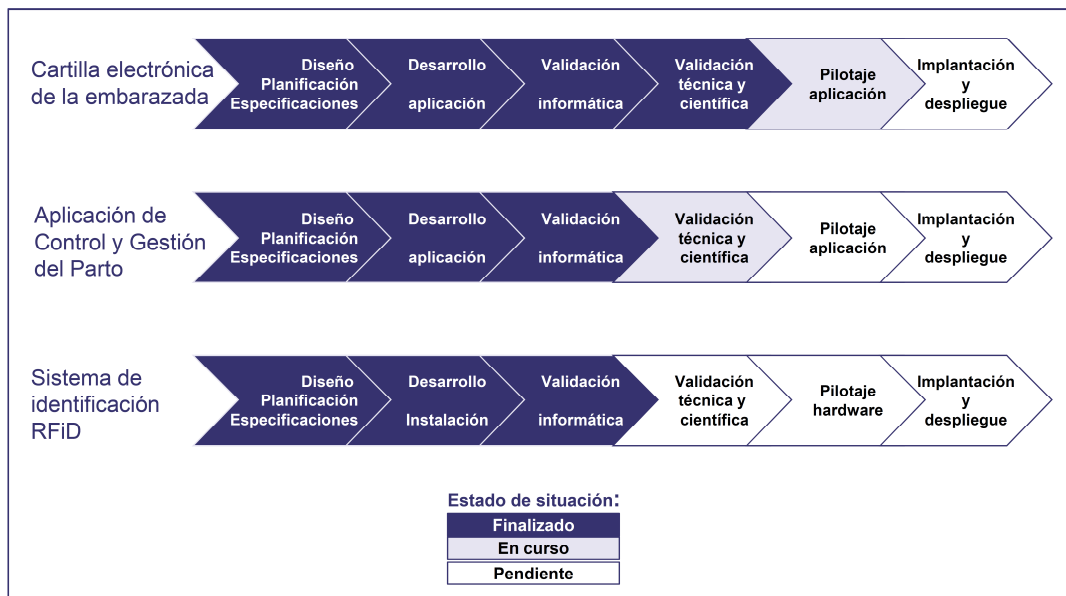


Figura 2. Grado de desarrollo de las aplicaciones corporativas del proceso asistencial Gestación-Parto-Puerperio (estado de situación a septiembre de 2013).



LA4: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (SNASP)

FUNDAMENTO

La creación y mantenimiento de sistemas de notificación de incidentes de seguridad y eventos adversos constituye un elemento de gran utilidad para la seguridad del paciente y la calidad asistencial. En este sentido la necesidad de disponer de sistemas de información, notificación y registro de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad de los pacientes, ha sido recogida como área prioritaria en la estrategia 8 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2010 (4).

Mediante estos sistemas de notificación se pueden realizar análisis de situaciones, problemas e incidentes que ocasionaron o podrían haber producido daño a los pacientes, con el fin de aprender de las experiencias y promover los cambios necesarios en el sistema para intentar minimizar los errores en la práctica clínica e incrementar los niveles de seguridad de la atención sanitaria prestada.

Pese a su importancia, la puesta en marcha de estos sistemas de notificación no está exenta de dificultades metodológicas, barreras que hay que abordar para lograr la total implantación en los sistemas sanitarios.

ANTECEDENTES

Ya en el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la “Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes” contempla la necesidad de sistemas de registro de incidentes y eventos adversos como el punto de partida de la seguridad del paciente (2).

El documento “La seguridad del paciente en siete pasos” de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) de Reino Unido (2005), hace referencia en el paso 4 a la necesidad de promover la notificación de incidentes de seguridad (44).

En el marco de la Estrategia en Seguridad del Paciente desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se contempla la necesidad de sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, publicándose en el año 2005 el marco teórico y características que deben satisfacer este tipo de registros (45). Este marco teórico y jurídico ha sido revisado en los años 2007 (46), 2008 (47) y 2009 (48), elaborándose sucesivos informes sobre el diseño, características y aspectos legales de los sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos.

En este contexto, Osakidetza, durante el despliegue de la estrategia de mejora de la seguridad, elabora en el año 2006 las bases del actual Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP). El proyecto inicial consistía en una base de datos local, instalada en algunos ordenadores de las diferentes organizaciones de servicios, desarrollándose a partir de un proyecto de investigación comisionada en colaboración con Osteba (2006) (49). Este sistema se ha ido mejorando paulatinamente, dando lugar al actual SNASP, que consiste en una base de datos centralizada de acceso on line, manteniendo la misma vocación y enfoque planteados inicialmente, pero adaptado a la realidad de las organizaciones de servicios.

OBJETIVOS

Mediante el SNASP se pretende proporcionar una herramienta que permita:

1. Notificar incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
2. Recoger información sobre el incidente.
3. Trabajar en el análisis de las causas de los incidentes de seguridad del paciente.
4. Aprender de la experiencia acumulada y recomendar “buenas prácticas” a seguir.
5. Potenciar la comunicación y la participación de los profesionales de salud en la intervención sobre la gestión de riesgos derivados de la atención sanitaria, contribuyendo de esta forma a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

El SNASP se ha puesto a disposición de todas las organizaciones de servicios de Osakidetza, estableciéndose en cada una de ellas administradores del sistema, quienes a su vez han creado distintos niveles o subniveles organizativos, en función de las particularidades de cada organización. Cada nivel o subnivel está dotado de sus propios gestores, si se considera necesario, a juicio de cada organización de servicios. Esta estructura permite, al profesional que notifica, la posibilidad de elegir el nivel o subnivel de la organización en el que se ha detectado el incidente.

Se trata de una herramienta corporativa de notificación en tiempo real, para lo cual se ha habilitado un enlace vía intranet, disponible para la totalidad de los profesionales de Osakidetza. Para facilitar su utilización está disponible en la intranet corporativa el “Manual de Usuario del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente”. También se han realizado acciones formativas y talleres en todas las organizaciones de servicios, informando sobre las características del sistema y procedimiento de notificación.

Cuando el notificante accede al SNASP, se encuentra con un formulario que contempla diferentes campos, a destacar los relativos a: lugar, tiempo, personal “implicado” y descripción del incidente.

Siguiendo las recomendaciones de distintos organismos a nivel nacional e internacional en materia de seguridad del paciente, el SNASP ha sido dotado de las siguientes características:

- Registro de carácter voluntario.
- Anónimo.
- No punitivo.
- Confidencialidad de la información.
- Análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local.

Desde la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente se lidera un grupo de trabajo compuesto por los referentes de la aplicación del SNASP de cada una de las organizaciones de servicios, proveedores informáticos y referentes del Servicio de Informática de la Organización Central. Se mantienen reuniones periódicas con el objetivo prioritario de facilitar la puesta en común de las experiencias de cada una de las organizaciones en la gestión de los incidentes de seguridad y eventos adversos. La finalidad de estas reuniones es compartir las experiencias más didácticas, así como proponer y valorar las distintas sugerencias de mejora de la herramienta.

Es previsible que cada vez más profesionales estén sensibilizados con la necesidad de realizar la notificación de los incidentes de seguridad del paciente, por lo que cabe esperar un aumento del número de usuarios reales de la herramienta, contribuyendo a integrar la gestión del riesgo en la actividad asistencial.

EVALUACIÓN

Para poder evaluar correctamente la utilización del SNASP, de conformidad con los objetivos planteados, se establecen los indicadores contemplados en la tabla 7.

Tabla 7. Indicadores del Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente (SNASP).

INDICADOR
INDICADORES ABSOLUTOS
Nº de notificaciones recibidas
Nº de notificaciones con acciones de mejora
INDICADORES RELATIVOS
Porcentaje de servicios/unidades/UAPs con utilización efectiva del sistema
Porcentaje de incidentes notificados que no llegaron al paciente
Porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente
Porcentaje de incidentes por área ó servicio donde tuvo lugar el incidente
Porcentaje por tipo de factores que han contribuido al incidente

LA5: OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE

FUNDAMENTO

Las pruebas radiológicas constituyen una herramienta diagnóstica habitual en la práctica asistencial diaria, dado que poseen claras ventajas para los pacientes, superando con creces los riesgos de la radiación. Esto no quiere decir que la radiación, ni siquiera a pequeñas dosis, esté exenta de riesgos; de hecho, una pequeña parte de las mutaciones y de las neoplasias pueden atribuirse a la radiación natural de fondo. La principal causa de exposición a la radiación artificial la constituyen las pruebas de radiodiagnóstico, lo que supone una sexta parte de la dosis recibida por radiación de fondo, a nivel poblacional. (50).

En la Directiva 97/43/Euratom del Consejo Europeo se establece que todos los agentes implicados (organizaciones responsables y profesionales que utilizan la radiación ionizante) deberán reducir la exposición innecesaria de los pacientes a la radiación. Una manera importante de reducir las dosis de radiación es no realizar pruebas complementarias innecesarias y no repetir exploraciones. Ello supondría la reducción de un 30-40% de los exámenes radiológicos y permitiría además mejorar la eficiencia de la asistencia sanitaria.

Las pruebas radiográficas más frecuentes son las de extremidades y tórax, a dosis bajas, pero son las exploraciones con altas dosis, como la Tomografía Computarizada (TC) y las pruebas con bario las que contribuyen en mayor medida a aumentar la dosis colectiva de la población. Actualmente, la TC representa aproximadamente el 5% de las exploraciones que utilizan radiación ionizante. Sin embargo, esto supone entre el 40% y el 67% de la radiación que se emite con fines diagnósticos (51). La utilización de la TC sigue en aumento, tanto en pacientes adultos como en los pediátricos.

Por todo ello, todas las peticiones de pruebas radiológicas deben estar plenamente justificadas y deben aplicarse técnicas que minimicen la dosis, permitiendo obtener la información diagnóstica fundamental. El uso responsable de las radiaciones en el cuidado de la salud constituye una buena práctica asistencial y fortalece al propio sistema sanitario.

ANTECEDENTES

Siendo la tomografía computarizada (TC) una prueba de rápida ejecución que disminuye la necesidad de sedación en los pacientes pediátricos, su uso en pediatría está experimentando un crecimiento exponencial. Sin embargo, los profesionales sanitarios tienden a subestimar la dosis de radiación administrada durante estos procedimientos. Ante estos hechos, la Protección Radiológica de la población pediátrica debe convertirse en una prioridad tanto a nivel local como estatal e internacional, ya que los niños son especialmente sensibles a la radiación y además disponen de más años de vida para que los efectos de las radiaciones acumuladas puedan desarrollarse (52).

En el año 2010, Osakidetza puso en marcha un proyecto destinado a promover la optimización en la utilización de estas pruebas diagnósticas en la población pediátrica, con el que se pretendía:

- Racionalizar el uso de la radiación para el diagnóstico empleando la menor dosis posible.
- Proporcionar datos sobre indicadores de dosis individual y colectiva.
- Reforzar la sensibilidad al problema por parte de médicos prescriptores y radiólogos en materia de protección radiológica.

Dicho proyecto se estructuró en base al trabajo en equipo de un grupo de profesionales, traduciéndose en las siguientes actuaciones concretas:

- Edición de un fascículo informativo dirigido al grupo de profesionales prescriptores de pruebas de radiodiagnóstico, con el objeto de concienciarles sobre los riesgos que implican y optimizar su prescripción, evitando estudios innecesarios.
- Optimización de los protocolos de pruebas diagnósticas para pediatría en los equipos de mayor impacto radiológico como son las TC.
- Incorporación a la historia clínica electrónica de un registro de indicadores de dosis: historial dosimétrico en Osabide Global.

Estas acciones precisan ser complementadas con otras que posibiliten el refuerzo de la concienciación entre los profesionales sanitarios mediante, por ejemplo, seminarios y charlas divulgativas.

OBJETIVOS

1. Desarrollar un programa de concienciación y sensibilización para la optimización en la prescripción, dirigido tanto a los profesionales implicados en la realización de las pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes (prescriptores de todos los ámbitos asistenciales y radiólogos) como a la población general.
2. Incorporar al historial dosimétrico otras pruebas diagnósticas que emplean radiación ionizante, por ejemplo, mamografía.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

El fascículo informativo anteriormente citado, ha sido editado y distribuido durante el año 2012, requiriéndose una estrategia de presentación y formación dirigida al grupo de profesionales al que va destinado el mismo, para favorecer su sensibilización y asunción de los principios que en él se incluyen. Esta estrategia adoptará el formato de sesiones presenciales, cuyos contenidos y ejecución contarán con la participación del grupo de expertos que intervino en la elaboración de dicho fascículo. Entre los profesionales objetivo de esta estrategia se tendrá en cuenta, especialmente, a los pediatras, al tratarse de los profesionales implicados habitualmente en la prescripción de estudios de radiodiagnóstico en población infantil y ser los interlocutores que mayor influencia pueden ejercer sobre los niños y sus padres o tutores. Será necesario definir también qué información y en qué formato debe dirigirse a los usuarios y población general que permita avanzar, evitando un clima de alarma, en la progresiva sensibilización social en relación a los riesgos potenciales de la radiación.

La primera edición de las sesiones presenciales se desarrollará durante el último trimestre de 2013, con la pretensión de incluir en la misma al 25% de los profesionales diana. Durante los dos primeros trimestres y el último de 2014 se realizarán nuevas ediciones en las que se incluirán al resto de profesionales diana hasta completar el 100%.

EVALUACIÓN

Para verificar el avance en la estrategia, se medirán anualmente los indicadores recogidos en la tabla 8.

Tabla 8. Indicadores relativos a la optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas basadas en radiación ionizante.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicador 2013	
Proporción de pediatras que han participado en al menos una sesión formativa	25%
Indicador 2014	
Proporción de pediatras que han participado en al menos una sesión formativa	100%

LA6: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

FUNDAMENTO

Los eventos adversos prevenibles debidos a medicamentos, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública y tienen importantes repercusiones a nivel humano, asistencial y económico. Además, generan una desconfianza de los pacientes hacia el sistema de salud que termina afectando a los profesionales e instituciones sanitarias.

Ya desde el año 2005 y gracias al estudio ENEAS conocemos que, del total de sucesos adversos relacionados con la asistencia sanitaria hospitalaria, el 37,4% se relacionan con el uso del medicamento (5). Del estudio “Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados” se desprende que de los 323.123 pacientes que ingresan anualmente, en el 20% se registra un evento adverso prevenible vinculado a medicación y en el 3,69% el evento adverso es grave o mortal (53). La frecuencia de ingresos hospitalarios motivados por incidentes relacionados con medicamentos es muy elevada y aproximadamente la mitad son prevenibles. Entre los factores favorecedores de este problema se encuentran el aumento en la disponibilidad de medicamentos de uso complejo, la duración del ingreso, la edad del paciente y, fundamentalmente, la generalización del consumo de medicamentos en el ámbito comunitario. El estudio APEAS constató que el 47,8% de los efectos adversos que se producen en el ámbito de Atención Primaria están relacionados con la medicación. De todos ellos, el 70% eran prevenibles, llegando al 80% entre los efectos adversos graves (7).

Los errores de medicación se pueden producir en cualquier eslabón de la cadena farmacoterapéutica, desde la prescripción, pasando por la preparación y dispensación hasta la administración. Solamente, en el proceso de administración de medicamentos se producen el 38% del total de errores de medicación en el ámbito hospitalario, tal y como ha estimado la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHCO). Se ha comprobado que un 56% de éstos se asocian a los fármacos administrados por vía intravenosa, y que incluso, un 61% son errores fatales o que comprometen la vida del paciente (54).

La reducción de los errores de medicación debe asumirse como un proceso continuo de mejora en el que deben incluirse varias prácticas en cada una de las fases que constituyen la cadena de utilización de los medicamentos e implicar tanto a profesionales sanitarios como a pacientes en cada una de ellas.

ANTECEDENTES

A nivel estatal, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP), en colaboración con la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el marco de la Estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, ha establecido una serie de recomendaciones para mejorar la seguridad del uso de medicamentos de alto riesgo en los hospitales. Estas recomendaciones consisten en reducir la complejidad, simplificando y estandarizando los procedimientos; incorporar barreras o restricciones que limiten u obliguen a realizar los procesos de una determinada forma; optimizar los procedimientos de información; etc. (54). Incluido en esta estrategia, en 2007 el ISMP elaboró un cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales, que permitió elaborar un informe sobre los resultados de los hospitales de la red de Osakidetza que participaron en el estudio emprendido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (10 en total), siendo esos resultados similares a la media de los hospitales estatales (55).

A nivel de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Osakidetza puso en marcha en 2010 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 como insulina, anticoagulantes, potasio intravenoso y citostáticos. En esta campaña, se asumió que las medicaciones de alto riesgo tienen una probabilidad mayor de estar asociadas a daño en el paciente que otro tipo de medicaciones, siendo ese daño por regla general también mayor y aumentando el sufrimiento del paciente, así como los costes en su cuidado. Se tiene en cuenta además que existen prácticas conocidas que pueden reducir potencialmente los eventos adversos relacionados con medicamentos, tales como la estandarización y la simplificación de los procesos básicos de gestión del medicamento en las áreas de conocido alto riesgo, el rediseño de los sistemas de administración teniendo en cuenta los factores humanos como fuente de error, involucrar a los pacientes en su propio proceso terapéutico, y la creación de una cultura de seguridad enfocada a la mejora del sistema (56). La adhesión a cada una de las líneas de acción de la campaña, englobadas en la utilización de medicamentos de alto riesgo fue variable: entre 3 y 13 organizaciones de servicios, en función de la línea, siendo la tasa de cumplimiento de los ítems de cada línea en general media-alta.

OBJETIVOS

Aumentar en un plazo de dos años la adhesión de las organizaciones a las líneas de trabajo relacionadas con el uso de medicamentos de alto riesgo, para lograr la implantación de una estrategia de prevención de errores en la administración de insulina, potasio intravenoso y citostáticos. Así mismo, todas las Organizaciones, incluidas las de Atención Primaria, deberán disponer en el mismo plazo de una estrategia de prevención de errores en la administración de anticoagulantes.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Según la evaluación realizada en 2011, la mayoría de las organizaciones de servicios han implantado una estrategia para la prevención de errores en la administración de alguno de los medicamentos considerados como de alto riesgo.

La experiencia acumulada en cada una de estas organizaciones puede ser aprovechada para facilitar y reforzar la adhesión e implicación de otras organizaciones en esta línea de acción. Desde la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente se facilitará la difusión de dichas experiencias, se promoverá la adhesión de las organizaciones y se realizará un seguimiento del grado de avance de cada una de ellas.

EVALUACIÓN

En la tabla 9 se recogen los indicadores de esta línea de acción, todos de medición anual.

Tabla 9. Indicadores relativos a buenas prácticas asociadas a la administración de medicación.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores de medición anual	
Proporción de organizaciones adheridas a cada una de las líneas de acción de la estrategia para la prevención de errores en la administración de medicamentos de alto riesgo: insulinas, potasio intravenoso, citostáticos y anticoagulantes:	
Organizaciones adheridas al menos a 1 línea de acción	100% (2013)
Organizaciones adheridas al menos a 2 líneas de acción	100% (2014)
Organizaciones adheridas al menos a 3 líneas de acción	100% (2015)
Tasa de cumplimiento de cada organización en cada uno de los ítems incluidos en las líneas de acción de la estrategia para la prevención de errores en la administración de medicamentos de alto riesgo	60% (2013) 90% (2014) 100% (2015)

LA7: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FUNDAMENTO

En esta línea de acción se incluyen fundamentalmente todas aquellas estrategias y actividades dirigidas a reducir la incidencia y prevalencia de úlceras por presión y caídas en los pacientes atendidos en Osakidetza.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) constituyen la complicación más prevenible y tratable que puede presentar cualquier paciente encamado. Su aparición está ligada a la seguridad del paciente y a los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería, representando un grave problema no sólo a nivel de paciente, sino también de su familia y de todo el sistema (57, 58).

Datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de sus sistema de Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), revelan que la tasa de UPP en 2010 era de 11,40 por cada 1.000 altas hospitalarias a nivel estatal, si bien estos datos deben tomarse con precaución debido a las diferencias entre los indicadores aportados por las comunidades autónomas y a un manifiesto infra registro de los casos en todas ellas. Otra fuentes, como el “Tercer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España 2009”, realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), arrojan prevalencias en Atención Primaria del 5,89% para los pacientes mayores de 14 años incluidos en programas de atención domiciliaria, en las unidades de hospitalización de 7,2% y en los centros sociosanitarios de 6,39% (59).

En los hospitales de Osakidetza, en el año 2012, la prevalencia de úlceras por presión al alta hospitalaria fue de 3,55%, manteniéndose la tendencia descendente de los últimos años.

Las UPP pueden agravar el estado de salud del paciente: provocando una infección local o sistémica, alargando la estancia hospitalaria, aumentando la dependencia del paciente hacia sus cuidadores, generando una importante sobrecarga asistencial o incluso el fallecimiento. Además del deterioro de la salud, también suponen un coste económico adicional de la atención sanitaria prestada. En 2007 se estimó que el coste anual de tratamiento de las UPP en España supone aproximadamente el 5% del gasto sanitario, del cual el 15% lo representan el coste de apósitos y otros materiales,

mientras que el 19% lo representan el coste del tiempo de enfermería, y el 45% del total lo representa el coste de las estancias extra en el hospital relacionadas con estas lesiones (60).

Por ello, prevenir la aparición de las UPP permite tanto proteger al paciente como reducir los costes de la asistencia sanitaria y mejorar la distribución de las cargas del personal de enfermería. Una estrategia sólida destinada a mejorar dicha prevención debe incluir (58):

- Componentes organizativos: políticas, protocolos y procedimientos, procesos de evaluación, formación y continuidad del cuidado.
- Valoración del riesgo mediante herramientas validadas, optimización de la nutrición y de la hidratación, manejo de las presiones y de la humedad.
- Coordinación de los cuidados, entre ámbitos asistenciales e instituciones, favoreciendo la comunicación y el aprendizaje conjunto.

Caídas

La evidencia científica ha demostrado que cada año más de un 30% de las personas mayores de 65 años sufren una caída. Estas cifras aumentan espectacularmente en mayores de 80 años. Aproximadamente un 5% de ellas sufren fracturas y un 10% otro tipo de lesiones, como luxaciones o lesiones vasculares (61). Además del efecto sobre la autoestima, las caídas repetidas tienen un efecto acumulativo, afectando a la capacidad de movimientos, pudiendo llegar a provocar la inmovilidad e incluso el fallecimiento. El riesgo de sufrir una caída aumenta de manera importante durante el ingreso hospitalario, tanto por los factores intrínsecos del paciente (deterioro físico, confusión mental, etc.) como por factores extrínsecos vinculados al propio ingreso (entorno desconocido, dispositivos, factores ambientales, etc.).

En Osakidetza, durante el año 2012, el 0,61 % de los pacientes dados de alta de los hospitales de agudos y el 1,36% de los dados de alta de hospitales de media y larga estancia habían sufrido al menos una caída.

Las caídas durante el ingreso también 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 residencias (62). Se ha estimado que casi un tercio de las caídas se pueden prevenir (63).

ANTECEDENTES

Desde sus inicios, Osakidetza dispone para ambos aspectos de un sistema de protocolización (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.) e implementación en las herramientas informáticas de la historia clínica electrónica en el ámbito de enfermería, con un sistema de evaluación consolidado.

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 sus sucesivos Planes estratégicos (57).

De esta manera, el “Protocolo de prevención y cuidados de las UPP” se revisó y actualizó durante el año 2006, finalizando su proceso de difusión e implantación en 2008. El “Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria” sustituyó en 2011 al utilizado anteriormente, basándose en el empleo de una escala propia de valoración del riesgo.

Tanto en sus inicios, desde la Subdirección de Calidad de Osakidetza, como en la actualidad, desde la Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente, se realiza un seguimiento anual de los indicadores definidos en cada uno de los protocolos, apoyando y orientando las iniciativas y las acciones de mejora desarrolladas desde cada una de las organizaciones de servicios.

OBJETIVOS

Úlceras por presión

1. Reforzar el desarrollo de estrategias que faciliten el conocimiento real de la prevalencia e incidencia de las úlceras por presión en las organizaciones de servicios.
2. Colaborar en el desarrollo de la aplicación informática de cuidados de enfermería Osanaia (módulo de explotación de datos) para facilitar la gestión de los indicadores de seguridad de esta línea a los profesionales implicados.
3. Participar en el grupo de trabajo corporativo encargado de la revisión y actualización del protocolo de prevención y cuidados de las úlceras por presión.
4. Desarrollar un modelo de estudio epidemiológico con criterios comunes y homogéneos para toda la red.

Caídas

1. Reforzar el desarrollo de estrategias que faciliten el conocimiento real de la prevalencia e incidencia de caídas en las organizaciones de servicios.
2. Colaborar en el desarrollo de la aplicación informática de cuidados de enfermería Osanaia (módulo de explotación de datos) para facilitar a los profesionales implicados la gestión de los indicadores de seguridad relativos a esta línea.
3. Participar en el grupo corporativo de estudio y protocolización de la prevención de las caídas.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Actualmente se realiza un seguimiento anual de los indicadores definidos en cada uno de los protocolos, centralizando los datos enviados desde las distintas organizaciones, depurándolos y analizándolos. Teniendo en cuenta que existe un consenso internacional basado en la evidencia científica para potenciar el desarrollo de estrategias dirigidas a la reducción de las úlceras por presión y las caídas (20), continuaremos con la línea de colaboración establecida, tanto con la Asesoría de Enfermería de la Dirección de Asistencia Sanitaria como con cada una de las organizaciones de servicios a través de sus referentes, priorizando las siguientes acciones:

- Análisis y comunicación de los resultados obtenidos en la medición de indicadores.
- Colaboración y participación en los grupos de trabajo que se dispongan para la actualización de los protocolos según la última evidencia científica disponible.
- Apoyo en la organización y difusión de dichos protocolos y de las buenas prácticas desarrolladas en las distintas organizaciones de servicios.
- Difusión de experiencias estatales e internacionales en el manejo de estos problemas.

Existe además un interés por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por revisar y unificar los indicadores que se miden a nivel estatal, lo que permitirá evaluaciones y comparaciones fiables entre las distintas CCAA. En caso de materializarse en un proyecto, nuestra Comunidad Autónoma participaría en él.

EVALUACIÓN

Se realiza un seguimiento anual de indicadores, en base a los datos aportados desde las organizaciones de servicios. Se distinguen dos tipos de indicadores: indicadores incluidos en la evaluación del contrato programa e indicadores no incluidos en dicha evaluación (tabla 10).

Tabla 10. Indicadores relativos a buenas prácticas asociadas a los cuidados de Enfermería.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores incluidos en la evaluación del contrato programa	
Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión	100% de organizaciones
Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia	< 5,00% (2013) < 4,00% (2014) < 2,00% (2015)
Porcentaje de pacientes con úlceras intrahospitalarias a partir de grado II al alta (excluyendo la población diana de los servicios de Pediatría, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso) declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de agudos y OSIs	< 2,50% (2013) < 2,20% (2014) < 2,00% (2015)
Tasa de úlceras por presión intrahospitalarias a partir de grado II al alta, declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de media y larga estancia.	<2,00‰ (2013) <1,80‰ (2014) <1,60‰ (2015)
Porcentaje de pacientes que han sufrido caídas durante el ingreso hospitalario (excluyendo los pacientes pediátricos) declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de agudos y OSIs	< 1,00% (2013) < 0,90% (2014) < 0,70% (2015)
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados sobre las estancias, declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de media y larga estancia	< 2,00‰ (2013) < 1,90‰ (2014) < 1,70‰ (2015)
Indicadores no incluidos en la evaluación del contrato programa	
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso	< 1,75% (2013) < 1,65% (2014) < 1,50% (2015)
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso.	< 1,70% (2013) < 1,50% (2014) < 1,30% (2015)
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario o intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso.	< 3,40% (2013) < 3,20% (2014) < 3,00% (2015)
Tasa de incidencia de pacientes con úlceras por presión de origen intrahospitalario sobre las estancias, en hospitales de media y larga estancia. Objetivo 2013	< 1,40‰ (2013) < 1,20‰ (2014) < 1,00‰ (2015)

LA8: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: DONANTES Y RECEPTORES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y TEJIDOS

FUNDAMENTO

En la Comunidad Autónoma Vasca, la donación de sangre y tejidos, así como la recepción / implante de componentes sanguíneos y tejidos / células, afecta 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 evidente. Los potenciales incidentes y eventos adversos que pueden ocasionarse a los receptores de estos productos deben estimarse con el fin de tomar medidas para su minimización mediante la correcta selección de los donantes, y los apropiados procesamiento, análisis, almacenamiento y distribución. Los incidentes más conocidos están relacionados con la transmisión de agentes infecciosos 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.

Pese a su menor gravedad, no debe olvidarse lo importante que es evitar los eventos adversos en donantes, ya que su incorrecto manejo puede provocar desconfianza y desajustes en el sistema de donación, sistema estratégico en la asistencia sanitaria.

ANTECEDENTES

La incorporación de medidas de seguridad en la utilización de componentes sanguíneos, tejidos y células ha sido, y continúa siendo, una constante en nuestro sistema de salud durante las últimas décadas. Se trata de medidas organizativas, como la instauración incondicional de la donación voluntaria y no remunerada; medidas clínico-epidemiológicas de revisión continuada de la selección de donantes; medidas de control analítico en la detección de agentes infecciosos y de rendimiento e idoneidad de los componentes obtenidos; medidas destinadas a la correcta elaboración de los productos GMP (Good Manufacturing Practice); o medidas destinadas a implantar un sistema de calidad en el conjunto de la actividad de nuestros centros.

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 supranacional (64-67).

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.

OBJETIVOS

1. Efectuar la actualización periódica de los criterios de selección en base a las variaciones epidemiológicas y demográficas de la comunidad.
2. Minimizar el riesgo residual en transmisión de enfermedades infecciosas mediante la fidelización de donantes seguros 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. Agentes implicados: VHB, VHC, VIH, HTLV I y II, Treponema pallidum, Trypanosoma cruzi y citomegalovirus.
3. Minimizar el riesgo de accidente inmunológico 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 asociadas a las diferentes etapas del proceso.
4. Estimular la incorporación hospitalaria de medidas de **uso óptimo** (68) de componentes sanguíneos como requisito básico de primera línea para la seguridad del paciente. Una de las herramientas más válidas será la implantación, también corporativa, de la **solicitud electrónica** asistida que permita 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.
5. Consolidar los programas de vigilancia (69), 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 establecidos.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Del análisis de actividad del Sistema de Hemovigilancia de la Comunidad Autónoma Vasca, durante el 2012 se desprende que:

- Se han registrado un total de 370 informes procedentes de 13 de los 23 hospitales (públicos y privados) pertenecientes a la Comunidad.
- Los 13 hospitales han informado de al menos una incidencia y los 10 restantes no han notificado incidencia alguna (probablemente por no existencia, debido al bajo volumen de productos utilizados).

- No ha habido ningún caso de transmisión de virus, ni de parásitos, ni de bacterias a través de la transfusión. No se ha informado ningún caso de reacción de injerto contra huésped.
- El número de incidencias transfusionales comunicadas durante el año 2012 es similar al de años anteriores pero hay que destacar el aumento del número de casos de TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury - Lesión Pulmonar Aguda Asociada a Transfusión), reacciones alérgicas y en el estudio de viriasis, comparando con los años anteriores.
- El mayor número de casos comunicados corresponde a los “casi incidentes” y el motivo más frecuente se relaciona con la extracción de las muestras:
 1. La no identificación activa del receptor.
 2. La no correcta identificación de las muestras pretransfusionales.
- Son de interés el registro y la notificación de los “casi incidentes”, ya que son errores que han sido detectados antes de que hubiera una posible complicación, y así se puede analizar y corregir las deficiencias de la cadena transfusional que pueden dar lugar a un evento adverso transfusional.
- La formación del personal sanitario así como la informatización en el proceso de la transfusión mejorará la seguridad para el enfermo y ayudará a la disminución de los errores en la selección de los componentes. Por ejemplo, impedirá que pacientes que necesiten transfusión de componentes irradiados, se les transfunda no irradiados.
- Hay diferencias en la información de las reacciones adversas de la transfusión procedente de los hospitales de tamaño similar; lo que podría sugerir, que la identificación de las reacciones adversas sea diferente o no comunicada.
- Es importante recordar que en todos los casos se cumplimente la información requerida en la “**Hoja de registro de incidencias**”, enviándose al Departamento de hemovigilancia de forma periódica (por lo menos cada dos meses). También, desde los hospitales debe comunicarse por escrito que no ha habido incidencia alguna, para poder transcribirlo en la planilla de participación de centros hospitalarios (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).
- Hay que lograr mayor participación de hospitales de la red privada. procurando una mayor comunicación e información del sistema de hemovigilancia.
- Aloinmunización: en la hoja de recogida “**Incidente inmunológico**” se deben cumplimentar todos y cada uno de los datos registrados y también adjuntar el listado de las unidades transfundidas o el código del paciente para poder realizar la trazabilidad y, tomar las medidas oportunas con el donante.

EVALUACIÓN (INDICADORES)

En la tabla 11 se resumen los indicadores relativos a seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.

Tabla 11. Indicadores correspondientes a seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.

INDICADOR
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
Número de casi incidentes
Porcentaje de reacciones adversas
Número de unidades transfundidas
Hematíes
Plaquetas
Plasma

LA9: FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

FUNDAMENTO

La formación de los equipos de profesionales ha sido reconocida internacionalmente como una estrategia contribuyente a la mejora de la seguridad clínica que debe ser acometida por todos los prestadores de servicios sanitarios (8, 20, 44).

Así, la formación sobre la seguridad vinculada a la asistencia sanitaria es un proceso transversal que debe impregnar todas las líneas de acción incluidas en la estrategia corporativa. En este sentido, la formación de los profesionales es imprescindible para:

- Generar y mantener una cultura de seguridad.
- Implicar a los líderes.
- Poder valorar y analizar de forma proactiva los riesgos.
- Motivar para que se informe de los eventos acaecidos y promover su análisis y el aprendizaje a partir de los mismos.
- Lograr la implicación de los pacientes en su propia seguridad clínica y en el análisis de los eventos adversos.

ANTECEDENTES

Hasta el momento, las actividades formativas dirigidas específicamente hacia aspectos de seguridad vinculados a la atención sanitaria se habían realizado de manera regular, impulsadas desde la Subdirección de Calidad o desde las propias organizaciones de servicios. El formato habitualmente empleado ha sido el presencial o semipresencial y han abarcado aspectos tales como los conceptos básicos de seguridad del paciente, la higiene de manos, análisis de eventos adversos, etc. Ello ha permitido establecer una base de profesionales sensibilizados en todas las organizaciones que han actuado como impulsores para el resto de sus compañeros en la aplicación de los conceptos básicos de seguridad del paciente en la práctica diaria.

OBJETIVOS

Con esta línea de acción se pretende que los profesionales de las organizaciones de servicios adquieran las competencias necesarias para:

1. Comprender los conceptos generales sobre seguridad del paciente.
2. Adquirir conciencia de la importancia y magnitud del problema.
3. Interpretar la terminología y taxonomía relacionada con la seguridad.

4. Identificar las fases y elementos constituyentes del ciclo de la gestión de riesgos.
5. Conocer los sistemas de notificación de eventos adversos y las experiencias existentes actualmente.
6. Valorar la estrategia de seguridad del paciente y las buenas prácticas puestas en marcha en Osakidetza.

SITUACIÓN, PREVISIÓN Y EXPECTATIVAS

Unas de las primeras actividades formativas que se han desarrollado en colaboración con el Servicio Corporativo de Formación-Prestakuntza, han sido la primera y segunda edición del “*Curso básico sobre seguridad del paciente*”, ofertado en euskera y castellano a todos los trabajadores, independientemente de su perfil profesional.

Estas ediciones comenzaron el 6 y 13 de mayo de 2013 (primera y segunda, respectivamente) y contribuirán a cumplir con las recomendaciones emanadas de organismos estatales e internacionales (como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Comité Europeo de Sanidad) sobre la implementación de programas de educación para todo el personal de atención sanitaria. Su finalidad es mejorar la comprensión de los procesos en la toma de decisiones clínicas y de gestión del riesgo, así como proporcionar claves sobre el modo adecuado de enfocar los incidentes de seguridad del paciente. Se ha perseguido con esta actividad formativa el doble objetivo de proporcionar conocimientos y sensibilizar a los profesionales, de forma que contribuya a la mejora de la “cultura de seguridad” como clave para cambiar los comportamientos en cada organización.

Con carácter previo a estas ediciones se ha realizado un pilotaje de la formación por personas seleccionadas e implicadas, que ha permitido afinar aún más los contenidos, corregir erratas y verificar la solvencia técnica de la plataforma.

El curso está estructurado en 8 capítulos, en los que se incluyen: objetivos docentes, conceptos clave, soportes documentales y multimedia, conclusiones y una autoevaluación. Los referentes de seguridad de cada una de las organizaciones de servicios desarrollan un papel relevante, captando y fomentando la inscripción al curso, así como actuando como referentes en la resolución de las dudas que el alumno pueda tener durante el progreso en el mismo.

Se pretende que esta actividad formativa se constituya como una oferta continua dentro del catálogo de cursos del Servicio Corporativo de Formación-Prestakuntza, contribuyendo a mantener vivo y activo el interés por la seguridad del paciente.

Durante 2013 se sumarán a esta otras acciones formativas en diferentes formatos, con intención de mantenerlas en el tiempo y que se centrarán sobre:

- Higiene de manos: también en formato on-line, abierto a todos los profesionales.
- Vacunas: formato presencial.

- Optimización de la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante: formato presencial (descrito en la línea de acción relativa a optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas basadas en radiación ionizante).

EVALUACIÓN

Para evaluar esta línea de acción se plantean los indicadores recogidos en la tabla 12.

Tabla 12. Indicadores correspondientes a formación en seguridad del paciente.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en seguridad del paciente por cada una de las organizaciones de servicios	8% (2013) 15% (2014) 25% (2015)
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios	8% (2013) 15% (2014) 25% (2015)

Nuevas líneas de acción
corporativas de
seguridad del paciente
en Osakidetza



LA10: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES EN OSAKIDETZA

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La correcta identificación de los pacientes en los centros sanitarios, asegurarse de que el paciente sobre el que se actúa es el correcto, es una medida fundamental para evitar errores en la atención que prestamos. Organismos nacionales e internacionales, como el Ministerio de Sanidad, el ISMP, la Fundación Avedis Donabedian, la OMS, la Joint Commission o la NPSA, la han incluido dentro de las prácticas seguras prioritarias a incorporar en la atención sanitaria (4, 70-72).

Las formas tradicionales de identificación del paciente, como son el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o el que responda a un nombre determinado se han demostrado como poco eficaces para evitar los problemas derivados de una identificación errónea, tales como errores en la administración de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, transfusiones de sangre y hemoderivados, etc. La American Hospital Association (1) ya ha puesto de manifiesto que la identificación verbal no es suficiente, ya que pueden darse situaciones en las que el paciente sea incapaz de responder: pacientes sedados, con pérdida de atención, indiferentes o confusos. Pueden existir también barreras de lenguaje, idiomáticas o problemas de audición o tratarse de pacientes muy jóvenes, contribuyendo todo ello a que aumente la probabilidad de error.

Homogeneizar y mejorar los sistemas de identificación del paciente utilizados en las organizaciones de la red es un objetivo de seguridad para el período 2013-2016.

DESARROLLO

En una organización como la nuestra, conformada por centros pertenecientes a distintos ámbitos asistenciales (atención especializada, atención primaria y salud mental) la identificación inequívoca de los pacientes debe abordarse desde una triple vertiente:

1. Identificación física del paciente hospitalizado.
2. Verificación de la identidad del paciente en las aplicaciones informáticas corporativas.
3. Identificación del paciente no hospitalizado en los diferentes puntos de atención de la red.

1. IDENTIFICACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Parece existir un consenso internacional en adoptar el uso de un brazalete indicativo que permita en todo momento conocer la filiación del paciente durante su estancia en hospitalización. Con el uso de un brazalete, se ha observado una notable disminución de alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes (73). La variedad de estos dispositivos disponibles en el mercado es amplia, existiendo varios tipos (con y sin código de barras para lector óptico, con o sin sistema de radiofrecuencia, etc...), pero para todos ellos se han definido las características que ese brazalete debe reunir: debe constar de forma legible el nombre, dos apellidos y número de historia clínica del paciente, nunca el número de habitación o cama. Además, se han establecido los momentos en que debe ser colocado y retirado: debe colocarse en el momento del ingreso del paciente al centro y retirarlo en el momento del alta hospitalaria, incluso en algunos protocolos se sugiere que debiera ser retirado por el paciente o allegados en su propio domicilio. De esta forma, se asegura que todos los procedimientos que se le practiquen al paciente se hagan con el brazalete puesto (74, 75, 76).

Como hemos señalado, el uso del brazalete no implica la eliminación total de los posibles errores de identificación, pues su uso entraña una serie de dificultades ampliamente documentadas:

- Escasa dinámica de comprobación de la pulsera para realizar actuaciones consideradas de riesgo.
- Falta de percepción del riesgo por parte de los profesionales de una inadecuada identificación de los pacientes.
- Falta de protocolización del proceso de identificación.
- Problemas de borrado de datos de la pulsera de identificación.
- Errores en los datos de la pulsera.
- Problemas de definición de la responsabilidad para la colocación de las pulseras
- Rechazo por parte de pacientes (sentimiento de “cosificación”).
- Dificultad para la práctica de procedimientos.

Aun así, su implantación homogénea constituye un primer paso en la definición de una intervención sólida para la correcta identificación de los pacientes.

Actualmente, distintas organizaciones hospitalarias de nuestra red tienen implantado un sistema de identificación de pacientes hospitalizados protocolizado y basado en el empleo de brazaletes identificativos, aunque no existe una homogeneidad en el tipo de brazalete utilizado ni en los protocolos que regulan su utilización.

Por todo ello, en el desarrollo de esta línea de acción corporativa para la identificación inequívoca de los pacientes será necesario acometer las siguientes actuaciones:

- Revisión de los distintos sistemas de identificación empleados en las organizaciones de servicios y de los protocolos que regulan el proceso.
- Revisión de las diferentes alternativas comerciales existentes en el mercado.
- Selección del dispositivo más adecuado a los intereses de la organización y elaboración de un protocolo corporativo para su utilización.
- Desarrollo de un proceso formativo e informativo, tanto para profesionales como para pacientes, a fin de fomentar una actitud proactiva de todos ellos
- Despliegue e implantación.

2. VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD DEL PACIENTE EN LAS APLICACIONES INFORMÁTICAS CORPORATIVAS

La implantación de la historia clínica electrónica en todos los ámbitos asistenciales ha redundado en un entorno más seguro para los pacientes, dadas las claras ventajas que aporta respecto a la historia clínica en papel:

- Posibilidad de ser utilizada desde diferentes localizaciones (lugares y momentos).
- Legibilidad del texto.
- Seguridad de los datos.
- Garantía de confidencialidad (accesos restringidos).
- Flexibilidad en la visualización o el orden de la información.
- Posibilidad de integración con otros sistemas de información (Rx, Laboratorio...).
- Posibilidad de monitorizar, resumir, interpretar o buscar datos.

Aun así, su uso no está exento de riesgos para la seguridad clínica. Esos riesgos están presentes desde el mismo momento en que se da de alta al paciente en la base de datos, pudiendo suceder que se introduzca un paciente con datos identificativos diferentes a los suyos o se produzcan varias altas del mismo paciente con pequeñas variaciones en sus datos, dando lugar a duplicidades de historia clínica. Todas esas situaciones pueden constituirse en el origen de un problema en la identificación del paciente en el momento en el que se le presta la atención sanitaria y, una vez reconocidas, se han interpuesto barreras para evitar que se produzcan.

Fruto de la preocupación de los propios profesionales asistenciales, se han identificado una serie de mejoras a desarrollar en esas barreras que se engloban dentro de dos intervenciones diferenciadas:

- Gestión y depuración de duplicidades de historias clínicas.
- Modificaciones en los aplicativos informáticos.

3. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE NO HOSPITALIZADO EN LOS DIFERENTES PUNTOS DE ATENCIÓN DE LA RED DE OSAKIDETZA

Al igual que sucede durante una estancia hospitalaria, la correcta identificación del paciente en cada uno de los contactos que éste tiene con el sistema sanitario fuera de la hospitalización, es crucial para evitar errores en la realización de pruebas diagnósticas, prescripción de medicamentos, entrega de informes, etc., evitando a la vez costes innecesarios. No sólo eso, sino que además contribuye a evitar el fraude en la utilización de las prestaciones sanitarias. Por ello, debe ponerse en práctica en todos los puntos en los que el paciente recibe atención: entrega de documentación en áreas de atención al cliente, solicitud de cita previa por los diferentes canales disponibles, consultas médicas, consultas de enfermería, etc.

Se trata de un proceso en el que tanto profesionales como usuarios deben sensibilizarse e implicarse: los profesionales, sanitarios y no sanitarios, conociendo y poniendo en práctica los distintos protocolos y recomendaciones existentes en sus organizaciones, y los usuarios facilitando su propia identificación y comprobando que toda asistencia que se les practica o documentación que se les entrega les corresponde verdaderamente a ellos.

Debe tenerse en cuenta además la normativa legal vigente que afecta a este asunto, como el Decreto 175/1989 de 18 de Julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (obligando al paciente a identificarse en todo contacto con un documento legal acreditativo) o la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (que obliga por ejemplo a una correcta identificación del paciente antes de entregarle un informe).

Conscientes de la relevancia de este elemento de seguridad, las organizaciones de servicios han puesto en marcha distintas actuaciones para fomentar la implicación de profesionales y usuarios. En el marco de una estrategia corporativa procede entonces llevar a cabo las siguientes acciones:

- Revisión de las buenas prácticas en relación a identificación del paciente desarrolladas en las distintas organizaciones.
- Definición de una guía corporativa de buenas prácticas en relación a identificación del paciente.
- Formación y difusión de la guía corporativa de buenas prácticas en relación a identificación del paciente.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

En la tabla 13 se exponen los indicadores correspondientes a esta línea de acción.

Tabla 13. Indicadores de la línea de acción de identificación inequívoca de los pacientes en Osakidetza.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores de medición anual	
Proporción de organizaciones hospitalarias en las que se ha implantado un sistema de identificación física del paciente	100%
Proporción de organizaciones en las que se han difundido el Proceso ISO y los protocolos corporativos de gestión de altas y modificaciones de pacientes	100%
Proporción de organizaciones en las que se ha difundido e implantado la guía de buenas prácticas en la identificación del paciente en los contactos con el sistema sanitario	100%
Indicadores de medición cuatrimestral	
Proporción de servicios en cada organización en los que se ha implantado un sistema de identificación física del paciente	100%
Proporción de pacientes correctamente identificados por servicio y organización	100%

LA11: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Desde las organizaciones de los distintos ámbitos de la red se ha expresado el interés por mejorar los procesos de conciliación de la medicación que se prescribe a nuestros pacientes. Entendida como el proceso formal y protocolizado de obtención de una lista completa y precisa de los medicamentos que previamente tomaba el paciente y su comparación con la medicación prescrita después de una transición asistencial (al ingreso en el Servicio de Urgencias, al ser trasladado de unidad o centro sanitario y/o al alta hospitalaria) con el fin de detectar las posibles discrepancias, omisiones, duplicidades y/o interacciones que precisen su corrección, la conciliación de la medicación ha sido objeto de estudio y preocupación de distintas organizaciones internacionales, como la JCAHO desde el año 2005 o la OMS desde el 2006 (54), lo que ha propiciado la generación de nueva evidencia sobre el tema (77, 78). Sin obviar que el proceso de conciliación de la medicación puede efectuarse también durante el ingreso hospitalario, el foco de interés de las organizaciones que han propuesto esta línea de trabajo es la conciliación de la medicación en los momentos de transición del paciente entre los distintos ámbitos asistenciales, ya que entre el 54% y el 67% de los pacientes que ingresa en los hospitales presenta al menos una discrepancia no justificada entre su tratamiento ambulatorio y el registrado en la historia clínica (que puede suponer un daño moderado o grave hasta en un 39% de los casos), un 12% de los pacientes experimentan un efecto adverso a las dos semanas posteriores al alta y hasta un 60,1% de los medicamentos prescritos conllevan errores de conciliación (54). Reducir estas cifras en el mayor grado posible se constituye como un objetivo de seguridad para el período 2013-2016. Algunas de dichas organizaciones ya han comenzado a trabajar en esta línea desarrollando intervenciones o proyectos de investigación-acción (79).

Mejorar la conciliación de la medicación implica además el poder disponer de una herramienta de prescripción, seguimiento y control del tratamiento farmacológico adaptada a esta necesidad. En nuestro medio, dicha herramienta está integrada en la historia clínica electrónica: PRESBIDE.

Desde su implantación, los referentes de seguridad del paciente de las distintas organizaciones de Atención Primaria y OSIs han identificado una serie de mejoras necesarias en ella, cuya implementación permitirá tanto llevar a cabo el proceso de conciliación como mejorar la seguridad general del sistema.

DESARROLLO:

Se proponen las siguientes intervenciones:

1. Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación.
2. Identificación, comunicación y seguimiento de las mejoras necesarias en PRESBIDE.

1. Desarrollo de un programa de conciliación de la medicación

Tomando como referencia el trabajo desarrollado en el proyecto BiE-Kronikoak y otros, y contando con las aportaciones de las diferentes organizaciones, se facilitará la elaboración de un programa aplicable desde la Atención Primaria en las transiciones del paciente entre ámbitos asistenciales, que podrá estar disponible para iniciar su pilotaje e implantación a finales del año 2013.

Dicho programa se estructurará en base a las siguientes premisas:

- Prioritariamente dirigido a pacientes crónicos pluripatológicos.
- Centrado en los momentos de transición entre ámbitos asistenciales del paciente.
- Quedarán definidos elementos tales como:
 - Descripción de agentes y procesos.
 - Tipo de revisión clínica mediante herramientas validadas (Stop-Start, Priscus, Acove...).
 - Sistemática de valoración de adherencia al tratamiento.
 - Sistema de Comunicación interniveles: lista actualizada de medicamentos.
 - Información que debe darse al paciente en los distintos ámbitos: Atención Primaria, Salud Mental y Atención Especializada.
 - Documentos entregables al paciente.
 - Indicadores de evaluación.

Una vez disponible el programa se procederá a su difusión e implantación en cada una de las organizaciones de servicios de Atención Primaria y OSIs, contando con la participación de los referentes de seguridad del paciente de cada una de ellas.

2. Identificación, comunicación y seguimiento de las mejoras necesarias en PRESBIDE

En cuanto a las mejoras que se precisa llevar a cabo en PRESBIDE para facilitar el proceso de conciliación de la medicación y aumentar su seguridad general, los referentes de seguridad del paciente de las organizaciones de Atención Primaria y OSIs

jugarán un papel primordial en su completa identificación. Una vez identificadas dichas mejoras, se procederá a la transmisión de las mismas a los responsables funcionales de la herramienta. Estas medidas podrán verse complementadas con la elaboración de un decálogo de buenas prácticas para la utilización de PRESBIDE, dirigido a los profesionales prescriptores.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

En la tabla 14 se exponen los indicadores correspondientes a esta línea de acción.

Tabla 14. Indicadores de la línea de acción de conciliación de la medicación en Osakidetza.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores de medición anual	
Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente revisado y actualizado	Disponible a 01/01/2014
Proporción de organizaciones de Atención Primaria-OSIs que han difundido e implantado el protocolo de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente	100% a 31/12/2014
Existencia de un decálogo de buenas prácticas para la utilización de PRESBIDE	Disponible a 31/12/2014
Proporción de organizaciones de Atención Primaria-OSIs que han difundido e implantado el decálogo de buenas prácticas para la utilización de PRESBIDE	100% a 31/12/2014

LA12: IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Implicar al paciente, además de a sus familiares y/o cuidadores, en la atención que se le presta desde el sistema sanitario resulta un elemento esencial en la mejora de la seguridad del paciente y constituye un elemento estratégico de primer nivel. Que el paciente se responsabilice de su salud, seguridad y estilo de vida y se implique en sus cuidados permite aprovechar su conocimiento y experiencia sobre su propio problema para identificar riesgos y proponer barreras a problemas de seguridad. Además, muchos problemas de seguridad se producen en presencia del paciente, pueden ser observados por él y potencialmente evitados con su intervención; por ello se constituye como una fuente imprescindible de información sobre esos problemas y como un recurso en la mejora de la seguridad. Esto se ve refrendado por la abundante evidencia científica que pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales de la salud impliquen al paciente en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de sus problemas de salud (80, 81). El paciente debe estar suficientemente informado de los beneficios y riesgos que conlleva su asistencia, pero no sólo eso, sino que además debe tomar un papel activo en la detección y resolución de fallos en la seguridad de cada acto relacionado con la atención sanitaria prestada.

En general, a nivel internacional la implicación del paciente se ha demostrado efectiva en relación a los siguientes aspectos de la seguridad clínica (81):

- Seguimiento y reporte de eventos adversos.
- Administración de medicación.
- Seguridad en los actos quirúrgicos.
- Higiene de manos.
- Identificación previa a procedimientos o tratamientos.

El abordaje de la participación del paciente en su seguridad es uno de los retos a los que se enfrentan todos los sistemas sanitarios del mundo. Es por ello que organismos y organizaciones internacionales se han implicado activamente en el tema. Así, una de las áreas prioritarias de acción de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se recogen en la 59 asamblea de la OMS, celebrada en Mayo de 2006, es el área de “Pacientes por la seguridad de los pacientes”. A través de esta estrategia se promueve la movilización de los pacientes, ya sea de forma individual o colectiva, para que participen en las actividades de mejora de

su propia seguridad. Otros ejemplos de intervenciones de este tipo son las llevadas a cabo por la NPSA del NHS del Reino Unido en relación a la seguridad con los tratamientos farmacológicos prescritos (entrega anual de una tarjeta con preguntas y consejos sobre la medicación) o la JCAHO de los EE. UU. y su campaña “HABLE CLARO” (SPEAK UP).

A nivel estatal, en el marco de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente y dentro del objetivo específico “Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes”, se han desarrollado diferentes líneas de acción dirigidas a desarrollar modelos de colaboración y actividades de formación para promover la participación del paciente en la seguridad clínica (8). Entre estas líneas se encuentran las siguientes:

- Realización de estudios cualitativos dirigidos a conocer las opiniones y expectativas de los pacientes y consumidores en torno a la seguridad del paciente y establecer mecanismos de participación.
- Elaboración de la “Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud”.
- Creación de la Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente en colaboración con la escuela Andaluza de Salud Pública.

En base a todo lo expuesto se hace imprescindible impulsar el desarrollo de líneas de acción corporativas dirigidas a potenciar la participación del paciente en su seguridad. Estas líneas de acción pueden agruparse en base a dos objetivos específicos:

- Sensibilizar y formar a los pacientes en el ámbito de la seguridad del paciente.
- Implicar a los pacientes en la comunicación de incidentes de seguridad.

DESARROLLO

Sensibilización y formación de los pacientes en el ámbito de la seguridad del paciente

Para alcanzar este objetivo se han planificado, entre otras, las siguientes acciones:

- Realización de una campaña inicial de sensibilización: “Tu seguridad está en tu mano”. Para la difusión de la misma se emplearán diferentes canales (carteles, folletos, página web Osakidetza...), empleando mensajes claros y sencillos.
- Elaboración y difusión de folletos informativos específicos para la seguridad del paciente en los diferentes puntos de contacto del usuario con la asistencia sanitaria (urgencias, consultas, hospitalización, cirugía, pruebas complementarias).
- Integración de la cultura de seguridad del paciente en las plataformas abiertas para el ciudadano (Paciente Activo, Carpeta de Salud).

Implicación de los pacientes en la comunicación de incidentes de seguridad

Para ello se han previsto acciones como:

- Proporcionar a los ciudadanos un sistema de notificación de incidentes en seguridad:
 - Elaborar un formulario en formato papel para la notificación de incidentes en seguridad que esté disponible en los centros.
 - Habilitar en la página web un sistema de notificación de incidentes en seguridad para el ciudadano.
- Conocer la percepción y expectativas que sobre el tema de seguridad manifiesta el usuario potenciando el uso de las quejas, reclamaciones y sugerencias.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

INDICADORES

En la tabla 15 se exponen los indicadores correspondientes a esta línea de acción.

Tabla 15. Indicadores de la línea de acción de implicación del paciente en la seguridad de la atención sanitaria.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Finales de 2013	
Difusión de la campaña de sensibilización a los ciudadanos	Realizada
Elaboración de folletos informativos en diferentes ámbitos	Realizada
Elaboración de formulario de notificación de incidentes en seguridad para el ciudadano	Realizada
Finales de 2014	
% de Organizaciones que han difundido los folletos informativos	100%
Integración de la cultura de seguridad en las plataformas abiertas para el ciudadano	Realizada
% de organizaciones que han difundido el formulario de notificación de incidentes en seguridad para el ciudadano	100%
% de organizaciones en cuyos SAPU se ha realizado la difusión	100%
Habilitar la notificación de incidentes en la extranet de Osakidetza	Realizada
Finales de 2015	
Nº de organizaciones en las que los ciudadanos han participado en la notificación	
Nº de incidentes de seguridad notificados (% cuasi incidentes/incidentes sin daño/incidentes con daño)	
% Incidentes de seguridad reportados a los referentes de seguridad del total de incidentes recogidos a través de las quejas y reclamaciones	80%

LA13: REDUCCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) constituyen hasta el año 2011 la infección nosocomial más prevalente. El 80% de las mismas están asociadas al uso de catéteres urinarios. No sólo suponen un aumento de los costes de la atención sanitaria (por el alargamiento de la estancia hospitalaria y los tratamientos necesarios para resolverlas), estimado en 425 millones \$ anuales en países como EE. UU (82), sino también un factor que empeora la evolución del paciente y su estado de salud, elevando el riesgo de padecer otras complicaciones (pielonefritis, infección por microorganismos multiresistentes, caídas o deterioro cognitivo en ancianos) y la mortalidad (bacteriemias). Por ello, las ITU asociadas al uso de catéteres urinarios constituyen un foco de atención de los organismos internacionales centrados en la seguridad del paciente, los cuales recomiendan de manera enérgica la puesta en marcha de iniciativas destinadas a reducirlas (20).

Dimensiones del problema

Según los datos del estudio EPINE 2011 (36) a nivel nacional:

- La prevalencia de pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) de los que se tiene información del factor es del 9,68%.
- La prevalencia de infección nosocomial en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) es del 13,48%.
- La prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) es del 3,96%.

En Osakidetza:

- La prevalencia de infección nosocomial en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada) es del 16,77% (datos provisionales 2012).

Se hace evidente en base a estos datos que es necesario intervenir sobre los factores que provocan o facilitan la aparición de ITUs asociadas a sondaje, con el objetivo de reducirlas en la mayor medida posible. Para profundizar en el estudio del problema se ha realizado una revisión bibliográfica (83-113), la cual ha puesto de manifiesto que las acciones dirigidas a reducir las ITUs asociadas al sondaje urinario que se demuestran

más efectivas y eficientes según la evidencia científica actual se pueden clasificar en cinco grupos:

1. Acciones dirigidas a evitar los sondajes urinarios innecesarios, ya que se estima que entre el 30 y el 40% de los sondajes que se realizan no están claramente indicados.
2. Acciones encaminadas a la retirada precoz de los sondajes urinarios, puesto que la duración en tiempo del sondaje es el principal factor de riesgo modificable para desarrollar una ITU asociada a catéter.
3. Acciones dirigidas a la implementación de una técnica aséptica en la inserción de la sonda, con el fin de evitar la colonización del tracto urinario por microorganismos endógenos (presentes en el periné) o exógenos (transmitidos por las manos contaminadas del personal o material no estéril).
4. Acciones dirigidas a la implementación de buenas prácticas en el cuidado de los sondajes urinarios, destinadas a evitar el ascenso intraluminal o extraluminal de microorganismos hasta alcanzar el tracto urinario.
5. Seguimiento de las ITUs asociadas al sondaje urinario y evaluación periódica de las medidas implantadas, a fin de favorecer, mantener y mejorar las acciones seleccionadas para disminuir la prevalencia de este problema, a la vez que motivar para el cambio a las personas responsables de llevarlas a la práctica.

DESARROLLO

En base a la evidencia recogida, se proponen las siguientes intervenciones que constituyen la línea de acción corporativa para la reducción de las ITUs asociadas a la cateterización urinaria. Cada una de ellas incluye una serie de actividades que se acometerán paulatinamente:

1. EVITAR LOS SONDAJES URINARIOS INNECESARIOS

- a. Definición de indicaciones para la cateterización urinaria: a partir de las guías de práctica clínica y/o a partir del consenso de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- b. Revisión de las alternativas al sondaje urinario disponibles: cateterización intermitente en el manejo de la retención urinaria (postoperatoria u otra), disponibilidad de ultrasonidos portátil (“Bladder scanner”) para valoración de retención urinaria tras retirada de sondaje, uso de colectores de orina en varones sin retención urinaria.
- c. Definición de las mejoras necesarias en Osabide Global, que permitan consignar la indicación específica del sondaje urinario para poder validar la orden médica.
- d. Establecer una estrategia de difusión y seguimiento del cumplimiento de las indicaciones en las organizaciones de servicios.

2. DURACIÓN ADECUADA DEL SONDAJE URINARIO

- a. Desarrollo, mediante la participación de un grupo multidisciplinar, de un protocolo con criterios específicos de retirada de catéter por enfermería sin necesidad de orden médica. Definición de las mejoras necesarias en los sistemas informáticos asistenciales (Osabide Global y Osanaia) en base a este protocolo.
- b. Definición de las mejoras necesarias en los sistemas informáticos asistenciales (Osabide Global y Osanaia) que faciliten la revisión diaria de la indicación de mantenimiento del sondaje.
- c. Establecer una estrategia de difusión y seguimiento del cumplimiento de los protocolos en las organizaciones de servicios.

3. BUENAS PRÁCTICAS EN LA TÉCNICA DE INSERCIÓN DE LA SONDA URINARIA

- a. Desarrollo, mediante la participación de un grupo multidisciplinar, de un decálogo de buenas prácticas en la técnica de sondaje urinario. Difusión, formación en cascada y seguimiento del cumplimiento.
- b. Realización de estudios observacionales sobre la adecuada técnica de inserción de la sonda urinaria en aquellas organizaciones en las que se estime necesario, previamente a la implantación del decálogo. Valoración de la implementación de un check-list sobre la técnica de inserción, como medida adicional en las organizaciones que así lo precisen.

4. BUENAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO DE LOS SONDAJES URINARIOS

- a. Desarrollo, mediante la participación de un grupo multidisciplinar, de un decálogo de buenas prácticas para el cuidado del sondaje urinario. Difusión, formación en cascada y seguimiento del cumplimiento.
- b. Realización de estudios observacionales sobre los cuidados de la sonda urinaria en aquellas organizaciones en las que se estime necesario, previamente a la implantación del decálogo. Valoración de la implementación de un check-list sobre los cuidados de la sonda, como medida adicional en las organizaciones que así lo precisen.
- c. Implementar los cuidados especificados en el decálogo de buenas prácticas como actividades a firmar diariamente en el plan de cuidados de Osanaia.
- d. Revisión de los sistemas de sondaje adquiridos en base a la última evidencia científica.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Implicación de la gerencia y dirección asistencial de todas las organizaciones de servicios. Implicación también de los mandos intermedios.
- Designación en cada Organización de un referente médico y un referente de enfermería para la línea corporativa, con funciones en las actividades de difusión, formación, seguimiento y evaluación de la misma.
- Definición de indicadores para el seguimiento (prevalencia ITU...) y plan de seguimiento.
- Información periódica de los resultados obtenidos a los profesionales asistenciales.
- Incorporación de mejoras a las intervenciones en función de los resultados.

INDICADORES

En la tabla 16 se exponen los indicadores correspondientes a esta línea de acción.

Tabla 16. Indicadores relativos a reducción de las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociadas a catéter urinario.

INDICADOR	ESTÁNDAR
Indicadores de medición anual	
Proporción de profesionales asistenciales (médicos, enfermeras, auxiliares y celadores) que han participado en las sesiones de difusión y formación en cascada	90%
Prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada)	Reducción 25%
Indicadores de medición cuatrimestral	
Proporción de pacientes quirúrgicos a los que se les retira la sonda en 24-48h tras la intervención quirúrgica	85%
Proporción de sondas retiradas por enfermería ajustándose a protocolo de retirada automática	15%
Proporción de sondas urinarias que se retiran por infección	Reducción del 50%
Tasa de utilización de sondajes vesicales	Reducción del 35%

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Quality of Health Care in America: INSTITUTE OF MEDICINE. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, editores. Washintong DC. 1999.
2. World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneve: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf
3. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Seguridad del Paciente: recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid 2005.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Madrid. 2006.
6. Agencia Valenciana de Salud. EPIDEA: Estudio de la Prevalencia de los Efectos Adversos en la Asistencia Hospitalaria de la Comunidad Valenciana. 2005. Disponible en www.proyectoidea.com/sivcea/v2/tallerformativo.pdf.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid. 2008.
8. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Diciembre 2011.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. 2008.
10. Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. Rev Esp Salud Pública 2013; 87:283-292.
11. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Manual de normas para el control de la infección nosocomial. 1994.
12. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Anexo I, manual de normas para el control de la infección nosocomial. 1997.

13. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Libro blanco de la infección nosocomial. 1997.
14. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Guía para la gestión del proceso de esterilización. 2004.
15. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Comisión INOZ. Guía de higiene de manos para profesionales sanitarios. 2009.
16. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza. 1999.
17. Osakidetza, Servicio Vasco de Salud. Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza. 2009
18. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M y López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). Med Clin Monogr (Barc). 2008; 131(Supl 3): 64-71.
19. Osakidetza, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan Estratégico 2008-2012: de la excelencia a la innovación.
20. Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. Ann Intern Med. 2013; 158: 365-368.
21. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV. 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.
22. Haley RW, Morgan WM, Culver DH, White JW, Emori TG, Mosser J, Hughes JM. 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.
23. 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.
24. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Euskadirako osasun politika, 2000 / Osasunketa eta Kontsumo Saila. Política de salud para Euskadi, 2000.
25. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Plan de Salud. Osasuna Zainduz. 1994.
26. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco. Políticas de Salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010.

27. Comisión INOZ. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Programa INOZ: Programa informático para la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales. 1997.
28. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Plan de Vigilancia, Prevención y Control de la Infección Nosocomial Hospitales Agudos (PVPCIN). 1999.
29. World Health Organization. Clean Care is Safer Care, First Global Patient Safety Challenge. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/en/>.
30. Alvarez-Lerma F, Palomar M, Olaechea P et al. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos. Informe evolutivos de los años 2003-2005. Med Intensiva. 2007;31(1):6-17.
31. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355(26):2725-32.
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio. Madrid. 2009.
33. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. ENVIN-HELICS 2010.
34. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/formacion-NZero/index.html>.
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Proyecto Neumonía Zero. Disponible en: <http://www.seguridadelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos-/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero.html>.
36. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. 2001. Estudio EPINE 2011. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>.
37. Organización Mundial de la Salud “Alianza mundial para la Seguridad del Paciente: la cirugía segura salva vidas” 2007.
38. Padilla-Castillo M, Álvarez-León EE, Aranaz-Andrés JM, Jiménez-Bravo de Laguna A y García-Hernández JA. Efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en ginecología y obstetricia: una revisión crítica Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):90-9.

39. EUROPERISTAT. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. Disponible en: www.europeristat.com.
40. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. 2008.
41. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010.
42. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Orden de 24 de octubre de 1978 por la que se establece la Cartilla Sanitaria de la Embarazada. Boletín Oficial del Estado, núm. 263 de 3 de noviembre de 1978, páginas 25176 a 25176.
43. DECRETO 175/1989 de 18 de Julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. Artículo 3.- DERECHOS ESPECIFICOS DE LA MUJER COMO PACIENTE Y USUARIA DEL SERVICIO VASCO DE SALUD/OSAKIDETZA.
44. 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.
45. Ministerio de Sanidad y Política Social. Sistemas de Registro y Notificación de Incidentes y eventos adversos. 2005
46. Ministerio de Sanidad y Política Social. Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales : primer informe 2007
47. Ministerio de Sanidad y Política Social .Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales : segundo informe 2008
48. Ministerio de Sanidad y Política Social. Establecimiento de un sistema Nacional de Notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales: segundo informe 2009.
49. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente que puedan ser incorporadas en la gestión de procesos asistenciales. 2007.
50. Comisión Europea. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Dirección General de Medio Ambiente. 2000.

51. Frush DP, Donnelly LF, Rosen NS. Computed Tomography and Radiation Risks: What Pediatric Health Care Providers Should Know. *Pediatrics*. 2003; 112 (4): 951-957.
52. Osakidetza. Proyecto de optimización del uso de las radiaciones ionizantes en pediatría. Vitoria. 2012.
53. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Garrido Corroa B, Domínguez Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(3):817.
54. Campino Villegas A, Floristán Imízcoz C. coordinadoras. Seguridad del Paciente, estrategias para el uso seguro del medicamento. Astellas Pharma Ed. Madrid. 2012.
55. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos en los Hospitales Públicos del País Vasco. Madrid, 2008.
56. Osakidetza. Campaña de Reducción de 10.000 Eventos Adversos. Subdirección de Calidad. Dirección de Asistencia Sanitaria. 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.net/ficherosFTP/CALIDAD/CALIDAD/10000eventosadversos-Reduccion_10.000_Eventos_Adversos.pdf.
57. Osakidetza. Protocolo de prevención y cuidados de las UPP 2006. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza-Departamento de Sanidad; 2008.
58. Sullivan N. Preventing In-Facility Pressure Ulcers. En: Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville MD: AHRQ; 2013. 212-232.
59. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Verdú J. 3.er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos* [online]. 2011; 22 (2): 77-90.
60. Soldevilla JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel L, Mayán JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos* [online]. 2007; 18 (4): 43-52.
61. Osakidetza. Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caídas en la atención hospitalaria. Vitoria-Gasteiz. 2011.
62. Miake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Preventing In-Facility Falls. En: Agency for Healthcare Research and Quality. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville MD: AHRQ; 2013. 178-200.

63. Ganz DA, Huang C, Saliba D, et al. Preventing falls in hospitals: a toolkit for improving quality of care. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. AHRQ Publication No. 13-0015-EF.
64. 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.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Hemovigilancia año 2011. Unidad de Hemovigilancia. Área de Hemoterapia, diciembre 2012.
70. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Sentinel Event Alert. Disponible en: www.jcaho.org.
71. The Institute for Safe Medication Practices. The “five rights” Medication Safety Alert. ISMP Acute Care Edition. April 7, 1999. Disponible en: <http://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/19990407.asp>.
72. Organización Mundial de la Salud 2007. Preámbulo a las soluciones para seguridad del paciente- Mayo de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pd>.
73. Renner S, Howanitz P, Bachaner P. Wristband identification error reporting in 712 hospitals. Arch Pathol Lab Med 1993;117:573-577.
74. Martínez L, Gimeno V, Roser A et al. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23(4): 158-63. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/>.

75. Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes. Hospital Universitario Virgen Macarena y área. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/.content/descargas/protocolo_identificacion_paciente_macarena.pdf.
76. Complejo hospitalario de Albacete. Protocolo de Identificación de pacientes. <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/95b881379d9c6adcb509d400ffe09cd7.pdf>.
77. Kwan JL, Lo L, Sampson M, Shojania KG. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013; 158: 397-403.
78. Mueller SK, Cunningham Sponsler K, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 2012; 172(14): 1057-1069.
79. Osakidetza-Comarca Bilbao de Atención Primaria. Proyecto de atención al paciente crónico polimedcado BiE-Kronikoak. Bilbao, 2011. Disponible en: <http://cbilbao.osakidetza.net/aICB/web/es/actividad/farmacia/kroni/index.jsp>.
80. Berger Z, Flickinger T, Dy S. Chapter 32. Promoting Engagement by Patients and Families To Reduce Adverse Events. En: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2013. 351-361.
81. Barach P, Bettinger J, Charpak Y, Delnoij D, Hafner V, Kutaj-Wasikowska H et al. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. 1ª ed. WHO Regional Office for Europe Publications. Copenhagen (Denmark): World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
82. Health Research & Educational Trust, Chicago. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections. 2013. Disponible en www.hpoe.org.
83. American College of Surgeons NSQIP. Best Practice Guidelines: Prevention of catheter-associated urinary tract infections. Chicago; 2009.
84. APIC. Guide to the Elimination of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CAUTIs). Washington; 2008.
85. European Association of Urology Nurses. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Indwelling catheters in adults. EAUN. 2012.
86. European Association of Urology. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. 2010.

87. NHS Quality Improvement Scotland. Urinary Catheterisation & Catheter Care. Edinburgh; 2004.
88. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta; 2009.
89. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to Guide: Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Cambridge; 2011.
90. NICE clinical guideline 139: Prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. Manchester; 2012.
91. Society of Urologic Nurses and Associates (SUNA). Clinical Practice Guidelines: Prevention & Control of Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). Pitman NJ; 2010.
92. Tasmania Infection Prevention & Control Unit. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections: A guide for healthcare workers. Tasmania; 2010.
93. Sinclair L, Hagen S, Cross S. Washout Policies in Long-Term Indwelling Urinary Catheterization in Adults: A Short Version Cochrane Review. *Neurourology and Urodynamics*. 2011; 30: 1208–1212.
94. Drekonja DM, Kuskowski MA, Wilt TJ, Johnson JR. Antimicrobial urinary catheters: a systematic review. *Expert Review of Medical Devices*. 2008; 5(4): 495-506.
95. Johnson JR, Kuskowski MA, Wilt TJ. Systematic Review: Antimicrobial Urinary Catheters To Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Hospitalized Patients. *Ann Intern Med*. 2006; 144: 116-126.
96. Kerridge J, Chou T, Kulkarni M, Malow J. Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections Using Silver Impregnated Catheters: Does Silver Matter? *American Journal of Infection Control*. 2009; 5(37): E51-E52.
97. Niël-Weise BS, Arend SM, van de Broek PJ. Is there evidence for recommending silver-coated urinary catheters in guidelines? *Journal of Hospital Infection*. 2002; 52: 81-87.
98. Niël-Weise BS, van den Broek PJ, da Silva EMK, Silva LA. Urinary catheter policies for long-term bladder drainage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8.
99. Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Antibiotic policies for short-term catheter bladder drainage in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3.
100. Uberoi V, Calixte N, Orlando R, Lerner L. A strategy to reduce foley days, post operative urinary retention, and catheter-associated urinary tract infections. *The Journal of Urology*. 2012; 4S (187): e111-e112.

101. Bernard MS, Hunter KF, Moore KN. A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter-associated Urinary Tract Infections. *Urol Nurs*. 2012; 32(1): 29-37.
102. Cornia PB, Amory JK, Fraser S, Saint S, Lipsky BA. Computer-Based Order Entry Decreases Duration of Indwelling Urinary Catheterization in Hospitalized Patients. *The American Journal of Medicine*. 2003; 114: 404-406.
103. Blodgett TJ. Reminder Systems To Reduce the Duration of Indwelling Urinary Catheters: A Narrative Review. *Urol Nurs*. 2009; 29(5): 369–379.
104. Meddings J, Rogers MAM, Macy M, Saint S. Systematic Review and Meta-Analysis: Reminder Systems to Reduce Catheter-Associated Urinary Tract Infections and Urinary Catheter Use in Hospitalized Patients. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 51(5): 550–560.
105. Burns AC, Petersen NJ, Garza A, Arya M, Patterson JE, Naik Ad et al. Accuracy of a urinary catheter surveillance protocol. *American Journal of Infection Control*. 2012; 40: 55-8.
106. Willson M, Wilde M, Webb ML, Thompson D, Parker D, Harwood J et al. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009; 36(2): 137-54.
107. Oman KS, Flynn Makic MB, Fink R, Schraeder N, Hullet T, Keech T et al. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control*. 2011; xxx:1-6.
108. Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H et al. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008; 29: S41–S50.
109. Stokowski LA. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Medscape*. Feb 03, 2009.
110. Gokula M, Smolen D, Gaspar PM, Hensley SJ, Benninghoff MC, Smith M. Designing a protocol to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized patients. *American Journal of Infection Control*. 2012; 40: 1002-4.
111. Loeb M, Hunt D, O'Halloran K, Carusone SC, Dafoe N, Walter SD. Stop Orders to Reduce Inappropriate Urinary Catheterization in Hospitalized Patients: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(6): 816–20.
112. Winter M, Helms B, Harrington L, Luquire R, McVay T, Rhodes N. Eliminating Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Part I. Avoid Catheter Use. *Journal for Healthcare Quality*. 2009; 6(31): 8-12.

113. Gorman D. Reducing the Incidence of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Acute Care Setting Using Evidence-Based Guidelines. En: Dr. Peter Tenke. Urinary Tract Infections. 1ª edición. InTech; 2011. 134-152. Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/urinary-tract-infections/reducingthe-incidence-of-catheter-associated-urinary-tract-infections-in-the-acute-care-setting-using>.

Anexo I. Seguimiento y Evaluación del programa: indicadores



ANEXO I. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA: INDICADORES

INDICADOR	ESTÁNDAR
LA1: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)	
PLAN INOZ	
Hospitales de agudos (infección nosocomial)	
Infección de la herida quirúrgica en cirugía electiva de colon	< 25%
Infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de cadera	< 3%
Infección de la herida quirúrgica en cirugía protésica de rodilla	< 2%
Estudios de incidencia de infección nosocomial en unidades de alto riesgo	SÍ/NO
Hospitales de agudos (adecuación de la profilaxis antibiótica)	
Porcentaje de pacientes que no reciben profilaxis estando indicada	< 5%
Porcentaje de adecuación del comienzo	> 90%
Porcentaje de adecuación de la duración	> 90%
Hospitales de media y larga estancia (infección nosocomial)	
Estudios de incidencia de IN en área médica y acciones mejora	Estudio y presentación de un plan de mejora
Actualización plan PVPCIN	Disponer de versión actualizada del plan con las mejoras introducidas
Higiene de manos	
Porcentaje de camas con preparados de base alcohólica (PBA) en la habitación	
Porcentaje de camas de UCI con PBA en el punto de atención	
Porcentaje de centros de Atención Primaria con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria	
Porcentaje de hospitales que han realizado actividades formativas	
Porcentaje de centros de Atención Primaria que han realizado actividades formativas	
Consumo de PBA en hospitalización	
Porcentaje de camas con PBA en el punto de atención	
Porcentaje de hospitales que han realizado observación del cumplimiento de los cinco momentos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS	
Porcentaje de hospitales que han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS	
Porcentaje de hospitales que han realizado actividades formativas sobre los cinco momentos utilizando la herramienta de la OMS	
PROYECTO NEUMONÍA ZERO	
Tasa media de neumonía asociada a ventilación mecánica en todas las organizaciones de servicios con UCI (2013)	< 4 episodios x 1000 días de ventilación mecánica

INDICADOR	ESTÁNDAR
LA2: CIRUGÍA SEGURA	
Indicadores globales	
Nº de organizaciones de servicios con check-list implantado	
Porcentaje global de cumplimiento del check-list quirúrgico	
Indicadores por organización	
Nº de servicios-unidades con check-list implantado	
Porcentaje global de cumplimiento del check-list quirúrgico	
Implantación del check-list en la cirugía programada de las organizaciones de servicios y evidencia de la evaluación de su utilización	
Implantación del check-list en la cirugía urgente de las organizaciones de servicios y evidencia de la evaluación de su utilización	
LA3: PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO	
GRADO DE DESPLIEGUE DEL PROCESO	
Personas participantes en el proceso	
Nº de matronas	
Nº de ginecólogos/as	
Nº de otros profesionales	
Nº total profesionales participantes	
Organizaciones de Servicios participantes	
Nº de Centros de Atención Primaria	
Nº de hospitales	
Nº total organizaciones de servicios	
EVOLUCIÓN PROCESO ASISTENCIAL	
Cartilla electrónica de la embarazada	
Nº de usuarios activos	
Nº de cartillas abiertas (embarazos en seguimiento)	
Nº de versiones	
Aplicación de control y gestión del parto	
Nº de usuarios activos	
Nº de embarazos registrados	
Nº de versiones	
Red de identificación RFID	
Nº de organizaciones de servicios con RFID activa	
COMUNICACIÓN	
Nº de reuniones grupo de trabajo	
Nº de reuniones bilaterales (grupo y otra entidad)	
DOCENCIA	
Nº de acciones formativas impartidas	
Nº de personas formadas	
DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	
Nº de comunicaciones a congresos ó reuniones científicas	
Nº de publicaciones	
LA4: SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE (SNASP)	
INDICADORES ABSOLUTOS	
Nº de notificaciones recibidas	
Nº de notificaciones con acciones de mejora	

INDICADOR	ESTÁNDAR
INDICADORES RELATIVOS	
Porcentaje de servicios/unidades/UAPs con utilización efectiva del sistema	
Porcentaje de incidentes notificados que no llegaron al paciente	
Porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente	
Porcentaje de incidentes por área ó servicio donde tuvo lugar el incidente	
Porcentaje por tipo de factores que han contribuido al incidente	
LA5: OPTIMIZACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE UTILIZAN RADIACIÓN IONIZANTE	
Proporción de pediatras que han participado en al menos una sesión formativa	25% (2013) 100% (2014)
LA6: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	
Proporción de organizaciones adheridas a cada una de las líneas de acción de la estrategia para la prevención de errores en la administración de medicamentos de alto riesgo: insulinas, potasio intravenoso, citostáticos y anticoagulantes:	
Organizaciones adheridas al menos a 1 línea de acción	100% (2013)
Organizaciones adheridas al menos a 2 líneas de acción	100% (2014)
Organizaciones adheridas al menos a 3 líneas de acción	100% (2015)
Tasa de cumplimiento de cada organización en cada uno de los ítems incluidos en las líneas de acción de la estrategia para la prevención de errores en la administración de medicamentos de alto riesgo	60% (2013) 90% (2014) 100% (2015)
LA7: BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA	
Indicadores incluidos en la evaluación del contrato programa	
Existencia en la organización de un estudio de prevalencia anual de úlceras por presión	100% de organizaciones
Porcentaje de úlceras detectadas a través del estudio de prevalencia anual y no declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia	< 5,00% (2013) < 4,00% (2014) < 2,00% (2015)
Porcentaje de pacientes con úlceras intrahospitalarias a partir de grado II al alta (excluyendo la población diana de los servicios de Pediatría, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso) declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de agudos y OSIs	< 2,50% (2013) < 2,20% (2014) < 2,00% (2015)
Tasa de úlceras por presión intrahospitalarias a partir de grado II al alta, declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de media y larga estancia.	<2,00% (2013) <1,80% (2014) <1,60% (2015)
Porcentaje de pacientes que han sufrido caídas durante el ingreso hospitalario (excluyendo los pacientes pediátricos) declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de agudos y OSIs	< 1,00% (2013) < 0,90% (2014) < 0,70% (2015)
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados sobre las estancias, declaradas a través del programa informático Zaineri/Osanaia, en hospitales de media y larga estancia	< 2,00% (2013) < 1,90% (2014) < 1,70% (2015)
Indicadores no incluidos en la evaluación del contrato programa	
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad,	< 1,75% (2013) < 1,65% (2014) < 1,50% (2015)

INDICADOR	ESTÁNDAR
Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso	
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso.	< 1,70% (2013) < 1,50% (2014) < 1,30% (2015)
Porcentaje de pacientes que presentan úlceras por presión de origen extrahospitalario o intrahospitalario en el momento del alta, excluyendo a los pacientes ingresados en los servicios de Pediatría en su totalidad, Psiquiatría, Obstetricia, Unidad de Corta Estancia, Cirugía Mayor Ambulatoria y Unidad de Cirugía Sin Ingreso.	< 3,40% (2013) < 3,20% (2014) < 3,00% (2015)
Tasa de incidencia de pacientes con úlceras por presión de origen intrahospitalario sobre las estancias, en hospitales de media y larga estancia. Objetivo 2013	< 1,40% (2013) < 1,20% (2014) < 1,00% (2015)
LA8: SEGURIDAD TRANSFUSIONAL: DONANTES Y RECEPTORES DE COMPONENTES SANGUÍNEOS Y TEJIDOS	
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	
Número de casi incidentes	
Porcentaje de reacciones adversas	
Número de unidades transfundidas:	
Hematíes	
Plaquetas	
Plasma	
LA9: FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en seguridad del paciente por cada una de las organizaciones de servicios	8% (2013) 15% (2014) 25% (2015)
Profesionales (sanitarios y no sanitarios) que han recibido formación on-line en higiene de manos por cada una de las organizaciones de servicios	8% (2013) 15% (2014) 25% (2015)
LA10: IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE LOS PACIENTES EN OSAKIDETZA	
Indicadores de medición anual	
Proporción de organizaciones hospitalarias en las que se ha implantado un sistema de identificación física del paciente	100%
Proporción de organizaciones en las que se ha difundido el Procesos ISO y los protocolos corporativos de gestión de altas y modificaciones de pacientes	100%

INDICADOR	ESTÁNDAR
Proporción de organizaciones en las que se ha difundido e implantado la guía de buenas prácticas en la identificación del paciente en los contactos con el sistema sanitario	100%
Indicadores de medición cuatrimestral	
Proporción de servicios en cada organización en los que se ha implantado un sistema de identificación física del paciente	100%
Proporción de pacientes correctamente identificados por servicio y organización	100%
LA11: CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN	
Indicadores de medición anual	
Existencia de un programa de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente revisado y actualizado	Disponible a 01/01/2014
Proporción de organizaciones de Atención Primaria-OSIs que han difundido e implantado el protocolo de conciliación de la medicación en las transiciones entre ámbitos asistenciales del paciente	100% a 31/12/2014
Existencia de un decálogo de buenas prácticas para la utilización de SUPRE	Disponible a 31/12/2014
Proporción de organizaciones de Atención Primaria-OSIs que han difundido e implantado el decálogo de buenas prácticas para la utilización de SUPRE	100% a 31/12/2014
LA12: IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	
Finales de 2013	
Difusión de la campaña de sensibilización a los ciudadanos	Realizada
Elaboración de folletos informativos en diferentes ámbitos	Realizada
Elaboración de formulario de notificación de incidentes en seguridad para el ciudadano	Realizada
Finales de 2014	
% de organizaciones que han difundido los folletos informativos	100%
Integración de la cultura de seguridad en las plataformas abiertas para el ciudadano	Realizada
% de organizaciones que han difundido el formulario de notificación de incidentes en seguridad para el ciudadano	100%
% de organizaciones en cuyos SAPU se ha realizado la difusión	100%
Habilitar la notificación de incidentes en la página web	Realizada
Finales de 2015	
Nº de organizaciones en las que los ciudadanos han participado en la notificación	
Nº de incidentes de seguridad notificados (% cuasi incidentes/incidentes sin daño/incidentes con daño)	
% Incidentes de seguridad reportados a los referentes de seguridad del total de incidentes recogidos a través de las quejas y reclamaciones	80%
LA13: REDUCCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO	
Indicadores de medición anual	
Proporción de profesionales asistenciales (médicos, enfermeras, auxiliares y celadores) que han participado en las sesiones de difusión y formación en cascada	90%

INDICADOR	ESTÁNDAR
Prevalencia de infección urinaria en los pacientes con sonda urinaria (abierta o cerrada)	Reducción 25%
Indicadores de medición cuatrimestral	
Proporción de pacientes quirúrgicos a los que se les retira la sonda en 24-48h tras la Intervención Quirúrgica	85%
Proporción de sondas retiradas por enfermería ajustándose a protocolo de retirada automática	15%
Proporción de sondas urinarias que se retiran por infección	Reducción del 50%
Tasa de utilización de sondajes vesicales	Reducción del 35%