



Plan ESTRATÉGICO de seguridad de pacientes de Extremadura

2019 • 2023



2019
2023

Plan

ESTRATÉGICO
**de seguridad
de pacientes**
de Extremadura

Edita:

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

Coordinación:**Dirección General de Salud Pública**

M^ª Pilar Guijarro Gonzalo

Ana Belén Pérez Jiménez. Coordinadora Autonómica de Seguridad de Pacientes

Autoras/es:

Barrera Martín-Merás, Antonio
Benito López, Vega Estíbaliz
Cobos Bermejo, M. ^ª Soraya
Del Río Caballero, Teresa
Durán Vivas, Germán Felipe
Félix Redondo, Francisco Javier
Galván Núñez, Pablo
García Martín, Miguel Ángel
Gómez González, María Carmen
González Ramírez, Gustavo
Guijarro Gonzalo, M^ª Pilar
López Fernández, M. ^ª Jesús
Montans Araujo, Marta
Ordiales Solís, José Manuel
Pérez Delgado, Guadalupe
Pérez Jiménez, Ana Belén
Pop Csog, Beatrice
Rodríguez Gutiérrez, Antonio
Rodríguez Pérez, Beatriz
Ruso Benavente, José Manuel
Salamanca Bautista, Paula María
Sánchez García, José Antonio
Santiago Triviño, María Ángeles
Simón Expósito, Miguel
Tiburcio Domínguez, Alejandra
Vasco González, Isabel

Colaboradores/as:

Amador Galván, Luis Manuel
García Rubio, Guadalupe
Rubio González, Manuela

I.S.B.N.:

978-84-697-3674-6

Depósito Legal:

BA-335-2019

Diseño, Maquetación e Impresión:

Artes Gráficas Rejas

Plan
ESTRATÉGICO
de seguridad
de pacientes
de Extremadura



Índice





PRESENTACIÓN	8
MARCO CONCEPTUAL	10
MARCO NORMATIVO	16
MISIÓN, VISIÓN Y VALORES	20
CAPÍTULO I. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	22
1. EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD 2011-2016. VER ANEXO I	
2. ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS 2013-2018 EN EXTREMADURA	
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DAFO DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	
4. ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL	
CAPÍTULO II. LÍNEAS ESTRATÉGICAS	48
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS Y ORGANIZATIVOS	
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS	
Objetivo 2.1: Promover el uso seguro del medicamento	
Objetivo 2.2: Vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso optimizado de antimicrobianos	
Objetivo 2.3: Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía	
Objetivo 2.4: Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados a pacientes	

- 2.4.1 *Prevención de caídas y lesiones asociadas*
- 2.4.2 *Prevención de úlceras por presión*
- 2.4.3 *Seguridad en la contención física a pacientes que lo requieran*
- 2.4.4 *Prevención de la broncoaspiración*
- 2.4.5 *Prevención y control del dolor en todas las etapas de la vida, atendiendo a las necesidades y preferencias de pacientes y sus cuidadores/as*

Objetivo 2.5: Promover la identificación inequívoca de cada paciente

Objetivo 2.6: Promover la comunicación entre profesionales

Objetivo 2.7: Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios

Objetivo 2.8: Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

Objetivo 2.9: Promover prácticas seguras en Salud Mental

Objetivo 2.10: Promover prácticas seguras en Violencia de Género

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y CIUDADANÍA POR SU SEGURIDAD

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES

CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS DEL PLAN114

CAPÍTULO IV. SEPAD. LÍNEAS ESTRATÉGICAS118

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS Y ORGANIZATIVOS

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS



- Objetivo 2.1: Promover el uso seguro del medicamento
- Objetivo 2.2: Vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso optimizado de antimicrobianos
- Objetivo 2.4: Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados a pacientes
 - 2.4.1 *Prevención de caídas y lesiones asociadas*
 - 2.4.2 *Prevención de úlceras por presión*
 - 2.4.3 *Seguridad en la contención física a pacientes que lo requieran*
 - 2.4.4 *Prevención de la broncoaspiración*
- Objetivo 2.6: Promover la comunicación entre profesionales

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES

BIBLIOGRAFÍA	140
ANEXO I	148

PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes 2011-2016, estableció la misión, visión y valores que han sido el pilar básico para el desarrollo de una cultura de seguridad que ha arraigado en los profesionales y en la propia organización, constituyó el primer paso en el camino de la Seguridad de Pacientes en la Comunidad de Extremadura y conscientes de los logros obtenidos y de la necesidad de mejorar, se aborda el diseño de un nuevo Plan para seguir construyendo sobre unos cimientos y estructura ya asentados.

Este texto ejecuta la filosofía que quedó plasmada en la Ley 7/2011, de máximo rango normativo, en la que incluye que en un abordaje moderno de la Salud Pública está la Seguridad del Paciente, que constituye un aspecto novedoso dentro de la Protección de la Salud.

Este Plan refleja el compromiso de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales con la población a la que atiende y va en consonancia con la estrategia “Un Sistema Sanitario más Seguro”.

En el entorno actual, la cronicidad, la pluripatología y la complejidad de los tratamientos constituyen los principales problemas de salud. Al mismo tiempo, los avances tecnológicos y la alta tecnificación de la atención sanitaria han incrementado el riesgo de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes. La ciudadanía tiene más fácil acceso a la información sanitaria, es más consciente de sus derechos y reclama información científica sobre la efectividad y seguridad de los tratamientos e intervenciones, haciendo uso del principio de autonomía.



Todo ello abre nuevos retos que Seguridad de Pacientes debe abordar y exige una renovación de acuerdo a los cambios conceptuales y transformaciones sociales para darles respuesta. Con este propósito se ha elaborado este Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes 2019-2023, abordando nuevas líneas con enfoques adaptados a las innovaciones, teniendo en cuenta



la perspectiva de género, incidiendo en la comunicación entre profesionales y niveles asistenciales, basándose en la mejor evidencia disponible para garantizar la eficiencia y seguridad de la asistencia y cuidados que prestamos a la ciudadanía, incorporando a la estrategia la atención de los centros residenciales y así garantizar la continuidad asistencial y contribuir a la sostenibilidad del Sistema.

Sirvan estas líneas para agradecer al personal sanitario y no sanitario que trabaja en el Sistema Sanitario Público de Extremadura y en los centros residenciales del SEPAD, su implicación en la puesta en marcha y desarrollo de cada proyecto que hace efectiva la seguridad de pacientes y residentes, agradecimiento que hago extensivo a los profesionales que han dedicado su esfuerzo en la elaboración este plan estratégico con el único objetivo de mejorar la seguridad y calidad de los servicios públicos.

Como nos sugiere el profesor de la Escuela de Salud Pública de Harvard y Presidente de la Fundación Nacional de Seguridad al Paciente Lucian Leape: **“la seguridad del paciente no es un destino... es un viaje”**.

D. Celiciano Franco Rubio
Director Gerente. Servicio Extremeño de Salud

MARCO CONCEPTUAL





Desde el comienzo de la Seguridad de Pacientes a raíz del “Harvard Medical Practice Study” que supone el estudio de los eventos adversos (EA) asociados a la hospitalización en EE. UU., se han realizado numerosos estudios a nivel mundial, entre los que podemos destacar los estudios sobre los EA en hospitales de Latinoamérica (IBEAS) y en los servicios de atención ambulatoria (AMBEAS).

En España se han realizado los estudios ENEAS (Estudio sobre la seguridad de pacientes en Hospitalización), APEAS (Estudio sobre la seguridad de pacientes en Atención Primaria) y EARCAS (Estudio de eventos adversos en hospitales de media y larga estancia (HMLE) y en residencias sociosanitarias (RSS)). Estos estudios de epidemiología del error ponen de manifiesto que la diferente metodología utilizada en ellos no permite contrastar las frecuencias de EA entre los diferentes tipos centros. Sin embargo, los resultados de los estudios sí permiten constatar que los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes (IRSP) y los EA son un problema compartido en todos los escenarios asistenciales. Cambia, eso sí, su magnitud, su distribución y gravedad.

Desde 2013 que comienzan algunos hospitales de la Comunidad Autónoma de Extremadura a notificar los EA en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) hasta el año actual podemos constatar que las notificaciones han ido aumentando progresivamente lo que denota que se ha extendido la cultura de seguridad entre el personal sanitario y la confianza en el sistema como no punitivo y basado en el aprendizaje.

Al considerar los factores contribuyentes la relevancia de los mismos es constante a lo largo de los años, siendo por orden de frecuencia relativa los factores profesionales (dentro de éstos los de formación / conocimiento / competencia profesional, seguidos de los de comportamiento / conducta de profesionales y detrás los problemas de comunicación), seguidos de los factores de la organización (siendo dentro de estos las normas / procedimientos / protocolos de trabajo (falta o inadecuación) los reseñados con mayor frecuencia) y a continuación los de entorno de trabajo / instalaciones / equipamiento. El resto con menor frecuencia relativa y por debajo del 10%.

Para completar el análisis de la situación actual en Seguridad de Pacientes se ha realizado una evaluación de los indicadores del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud y para hacer la proyección de las estrategias a definir se ha realizado un análisis DAFO. Todo ello para que las líneas estratégicas que se planteen sean factibles, efectivas y sostenibles, fruto de la reflexión y del consenso para dar respuesta a las necesidades de la Comunidad Autónoma de Extremadura en relación a mejorar la seguridad de pacientes, usuarios y residentes.

El análisis sistemático de los incidentes nos revela que debemos afrontar el error desde una perspectiva en la que son consecuencia por un lado de las condiciones latentes del entorno asistencial y de los procedimientos que se aplican, por tanto previsibles y prevenibles, y por otro del factor humano como facilitador, por lo que se precisa de

actuaciones complementarias (barreras) sobre las personas y el entorno en el que desempeñan su actividad para evitar la aparición de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.

El modelo de Reason en la producción de accidentes explica que éstos se producen como consecuencia de la combinación de los factores predisponentes (errores humanos y fallos del sistema) que gráficamente representan los agujeros en las barreras que el sistema debe poner para evitarlos. Este riesgo es el resultado de la interacción del estado basal de la persona, vulnerabilidad con los factores predisponentes. Por lo que uno de los principales esfuerzos del plan será fortalecer esas barreras para reducir el riesgo de producir daños innecesarios hasta un mínimo aceptable en la atención sanitaria que prestamos.

Por otro lado, hoy en día, la población desea acceder al mayor nivel posible de calidad de vida en relación con su salud y exige fiabilidad y seguridad en la atención sanitaria. Demandan su derecho a participar activamente en su atención y en la toma de decisiones en materia sanitaria, lo que implica la necesidad de adoptar un papel de corresponsabilidad. Actualmente las organizaciones sanitarias reconocen el papel clave que tiene la población para garantizar su propia seguridad, ayudando al personal sanitario a llegar a un diagnóstico preciso y tomando las decisiones sobre las opciones terapéuticas y tratamiento planteados para su problema de salud.

La aparición de la cultura de seguridad de pacientes en las organizaciones sanitarias es un cambio necesario que surge para que esas organizaciones puedan adaptarse a la evolución que se ha producido en el ámbito de la atención sanitaria, fundamentalmente en el rol de la población atendida y la relación entre ésta y el personal sanitario. Es decir, el paso de un modelo de atención paternalista a un modelo de responsabilidad compartida.

Por todo ello, las organizaciones sanitarias sitúan actualmente la efectividad y seguridad de las prácticas clínicas como una de sus máximas prioridades, especialmente desde que diversos estudios evidenciaran que la falta de seguridad y los efectos adversos implican importantes costes económicos, aumento de la mortalidad, disminución de la capacidad funcional de las personas y la pérdida de años de vida ajustados por calidad, además del sufrimiento personal de quienes los padecen y sus familiares, es el llamado “coste de la no seguridad”.

En un entorno cada vez más complejo, teniendo presente que la asistencia sanitaria comporta en sí misma un riesgo para las personas atendidas (el riesgo cero no existe en la prestación de la asistencia sanitaria), tomando la definición de la RAE de seguro como “libre y exento de riesgo”, dado que esto no lo podemos conseguir, nos centraremos en garantizar la asistencia sanitaria, entendiendo ésta como define la RAE en su tercera acepción, “cosa que asegura y protege contra algún riesgo o necesidad”, así el personal sanitario implicado en la prestación de la asistencia manifestamos el compromiso de llevar



a cabo las medidas necesarias para minimizar el riesgo de las actuaciones y cuidados, basándonos en la mejor evidencia disponible y generar confianza en el Sistema Sanitario Público.

La seguridad de pacientes además de un elemento clave y prioritario de la calidad asistencial, es un componente fundamental de la bioética y de la deontología médica y enfermera.

Desde el “*primum non nocere*” de Hipócrates, la preocupación por la seguridad de pacientes ha sido una constante en la atención sanitaria. Este concepto y la manera de interpretar y ejecutar las líneas de seguridad de pacientes ha ido evolucionando hasta la actualidad, momento en el que como dice Aranaz, Aibar y Agra en su libro:

“La causa principal de la actualización de un concepto tan clásico estriba fundamentalmente en un cambio de paradigma, que ha transformado la seguridad de un compromiso exclusivo establecido entre el profesional y el paciente hasta un cambio de cultura de toda la organización sanitaria, que atañe a todos los profesionales implicados en los cuidados sanitarios, incluidos los líderes de la institución y del sistema sanitario, los procesos y planificación del trabajo, los equipos y tecnología sanitaria, y por supuesto, los pacientes y sus familiares”.

Desde esta perspectiva planteamos el nuevo Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Para ello lo abordaremos desde la promoción de la cultura y clima de seguridad, identificación de riesgos e implantación de medidas preventivas, implementación de prácticas seguras, fomento del aprendizaje a través del análisis de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes y estableciendo medidas para mitigar los daños en pacientes y sus familiares, profesionales y en la propia organización.

Tres pilares sobre los que se sustenta la seguridad de la atención sanitaria.

- La seguridad de pacientes requiere que los objetivos y las decisiones que se tomen en todos los niveles de la gestión, desde donde se determina la política sanitaria, su financiación y regulación, hasta las personas que gestionan los centros y unidades asistenciales, estén alineados y dirigidos a conseguir mejorar la seguridad de pacientes, priorizando aquellas estrategias y acciones que hayan demostrado mayor efectividad y eficiencia.
- Las decisiones y acciones del personal sanitario deben estar fundamentadas en la mejor evidencia disponible y que hayan demostrado efectividad y seguridad. La atención debe ser personalizada, proporcionando la información adecuada y necesaria para que la toma de decisiones sea compartida y respete los valores y creencias de cada persona.

- Pacientes, familiares y cuidadores son una de las piezas claves, deben ser parte activa en su propia seguridad y así lo han manifestado en la *“Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud”* realizada en Madrid en 2007, en el que reclaman la máxima seguridad en cualquier centro sanitario y piden a todas las instituciones y personas implicadas esfuerzo, honestidad, transparencia y participación; y también declaran su compromiso para participar en las iniciativas y programas, colaborar en la definición de buenas prácticas, notificar incidentes, divulgar información que pueda prevenir los eventos adversos, formarse y colaborar en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad”.

Pretende ser una estrategia integral que trascienda a otras políticas distintas de la Sanitaria pero que tienen implicaciones sobre la seguridad de pacientes, para que, a través de ellas, se establezcan leyes o normativa jurídica, por ejemplo, la que regule los aspectos judiciales de los eventos adversos notificados por el personal sanitario en el Sistema de Notificación de Eventos Adversos, que posibiliten y favorezcan el desarrollo pleno de esta estrategia.

En los últimos años organizaciones internacionales han realizado esfuerzos para resaltar la importancia y necesidad de impulsar la Seguridad de Pacientes, entre ellos podemos destacar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el *Programa de Seguridad del Paciente* que incluye retos bianuales y acciones concretas en las distintas áreas consideradas clave para el desarrollo de la Seguridad de Pacientes: *Pacientes por la Seguridad del Paciente, Sistemas de Notificación y Aprendizaje, Prácticas Clínicas Seguras, Investigación y Tecnología por la Seguridad del Paciente*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) con los estudios sobre los EA en hospitales de Latinoamérica (IBEAS) y también en los servicios de atención ambulatoria (AMBEAS).

A nivel europeo, los países europeos han realizado acuerdos de cooperación y compromisos entre las que destacamos la Declaración de Luxemburgo sobre seguridad del paciente en 2005 y las Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre seguridad del paciente y un apartado específico de control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS).

Tras esto en 2012 y 2014 ha publicado sendos informes, en el último publica el estado de implementación de las Recomendaciones y la Propuesta de acciones para mejorar esas recomendaciones entre las que destacan la colaboración de los estados miembros en definición de terminología e indicadores comunes, directrices sobre cómo informar a pacientes sobre la calidad asistencial, intercambio de buenas prácticas y soluciones efectivas, promover la formación de pacientes, familiares y de las personas que les cuidan y fomentar la notificación como herramienta para diseminar la cultura de seguridad de pacientes.



MARCO NORMATIVO





1. ÁMBITO INTERNACIONAL

A nivel europeo se han desarrollado medidas legislativas destacadas en materia de Seguridad de Pacientes en materia de farmacovigilancia y medicamentos falsificados, también la Directiva sobre los derechos de pacientes en la atención sanitaria transfronteriza que entra en vigor en octubre de 2013 y queda traspuesta a la legislación española por el Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero de 2014.

2. ÁMBITO NACIONAL

- a) Constitución Española de 1978: en su artículo 43, reconoce el derecho de la ciudadanía a la protección de la salud.
- b) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: universaliza el derecho a la protección de la salud y la asistencia sanitaria a toda la población española, orientando el sistema sanitario a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y al acceso igualitario a las prestaciones sanitarias, con amplia participación ciudadana, promoviendo la rehabilitación y reinserción social.
- c) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: ofrece en este terreno, las mismas garantías a toda la ciudadanía del Estado.
- d) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las organizaciones sanitarias. En su artículo 28.1 y 29 determina que las comunidades autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, y que estas garantías de seguridad y calidad serán aplicables a todos los centros y las administraciones deben velar por su cumplimiento.
- e) Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, establece la integración del principio de igualdad en la política de salud.
- f) Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015 – 2020: sirve como herramienta y marco de referencia para el despliegue de programas y acciones que se han ido desarrollando en España sobre seguridad a pacientes. Entre los logros más importantes de esta estrategia se pueden mencionar las alianzas y redes de trabajo creadas en torno a la seguridad a paciente con Comunidades Autónomas, profesionales y sociedades científicas, pacientes, instituciones académicas y otras organizaciones interesadas por el tema, lo que

ha favorecido la inclusión de la seguridad a pacientes en los planes de calidad de las comunidades autónomas y la difusión de la cultura de seguridad a todo el SNS.

3. ÁMBITO AUTONÓMICO

- a) Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura: regula el modelo organizativo de la sanidad pública de la Comunidad Autónoma, creando el Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE). Conforme enuncia esta Ley, corresponde a la Consejería con competencias en sanidad la elaboración del Plan de Salud de Extremadura y la planificación normativa y estratégica en materia sanitaria de la Comunidad Autónoma. Es en este marco normativo donde se integra la elaboración y desarrollo del Plan Estratégico de Seguridad de Paciente.
- b) Decreto 4/2003, de 14 de enero: regula el régimen jurídico, estructura y funcionamiento del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- c) Ley 1/2005 de 24 de junio de Tiempos de Respuesta en la Atención Sanitaria Especializada del SSPE: determina los plazos máximos de respuesta para evitar demoras de la atención que puedan ocasionar un daño en las personas usuarias. El Decreto 132/2006 del 11 de julio reduce los tiempos de espera en determinadas especialidades en la atención sanitaria especializada.
- d) Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE): garantiza el derecho a la protección de la salud, con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad, y el principio de autonomía de la voluntad de pacientes. Todo ello en un marco que potencie la participación activa de la ciudadanía, profesionales e instituciones sanitarias.
- e) Decreto 227/2005, de 27 de septiembre: regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- f) Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE 2007-2013: recoge el derecho de pacientes a ser atendidos en un medio que garantice la intimidad, dignidad y seguridad de las personas. Reconoce la seguridad y la confianza como unas de las dimensiones de la humanización.
- g) Ley 7/2011 de 23 de marzo de Salud Pública de Extremadura: en el Capítulo IV del Título IV hace referencia a la seguridad de pacientes como parte de la



protección de la salud, estableciendo en su artículo 38 la necesidad de elaborar planes que promuevan la cultura de seguridad de pacientes en los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

- h) Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura
- i) Plan de Salud de Extremadura 2013-2020: propugna que la seguridad del paciente y la prevención de EA relacionados con la atención sanitaria son una dimensión esencial y nuclear de la calidad asistencial. En la línea de actuación 35.2 establece la recomendación de dar continuidad al Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES.
- j) Plan Estratégico de Calidad del SSPE 2015 – 2021: representa el instrumento básico para poder impulsar una gestión de calidad total, a través de un cambio necesario en la cultura de gestión. En la línea 5.2 establece la recomendación de dar continuidad al Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del SES.

MISIÓN, VISIÓN Y VALORES





Misión: consolidar una estrategia que represente el compromiso institucional de mejorar la seguridad a pacientes, que defina las líneas relevantes y prioritarias a seguir en cada actuación y cuidado que prestamos en el Sistema Social y Sanitario Público de Extremadura, minimizando los riesgos asociados a la asistencia sanitaria para evitar daños a pacientes.

Visión: Continuar siendo el referente en las líneas a seguir para mejorar la seguridad a pacientes en todos los ámbitos de la atención al usuario (Atención Especializada, Atención Primaria, Centros Residenciales y otros centros de atención a la dependencia), representando el compromiso ético y social de la Administración, gestores y profesionales, con los valores que definen esta estrategia y una decidida apuesta por garantizar la seguridad de la atención sanitaria y social fomentando la participación efectiva de los pacientes y su autonomía.

Valores: Los principios éticos fundamentales en los que se basa la definición de esta estrategia son:

- Respeto
- Igualdad
- Equidad
- Confidencialidad
- Participativa
- Responsabilidad
- Compromiso
- Eficacia
- Basada en la evidencia
- Sostenibilidad
- Innovación
- Perspectiva de género

Estos valores deben constituir rasgos culturales propios del sistema sanitario, impregnando el pensamiento y la conducta profesional de la totalidad de profesionales de la organización.

La perspectiva de género estará contemplada como un eje transversal en todo el Plan, garantiza la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, así como la eliminación de las desigualdades que se puedan generar, relacionadas con otros aspectos, tales como la diversidad sexual, raza, religión, discapacidad, exclusión, contextos de violencia, etc.

CAPÍTULO I. ANÁLISIS DE SITUACIÓN





1. EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD 2011-2016. VER ANEXO I

2. ESTUDIO DE EVENTOS ADVERSOS 2013-2018 EN EXTREMADURA

CONCLUSIONES GENERALES SOBRE LA EVOLUCIÓN 2013-2018 DE LOS EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EN SINASP EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

Aunque hemos realizado un estudio pormenorizado anual de la evolución de las notificaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, dada la excesiva extensión de este, vamos a realizar un análisis del periodo global analizado 2013-2018 que nos permita sacar conclusiones que aporten argumentos sólidos para la elaboración de las líneas del nuevo Plan de Seguridad de Pacientes.

La clasificación de los incidentes según el área dónde ocurrieron son:

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN ÁREA DONDE OCURRIERON		
Área	N.º Incidentes	%
Unidades de hospitalización	527	50.24%
Bloque quirúrgico	120	11.44%
Urgencias	82	7.82%
Servicios centrales	79	7.53%
Unidades de ciudadanos intensivos	40	3.81%
En una organización/lugar distinto al centro de Atención Primaria	39	3.72%
Consultas	38	3.62%
Servicios de apoyo / Otros	37	3.53%
Consultas Externas	27	2.57%
Área de atención continuada / urgencias / SUAP	16	1.53%
Sala de partos	12	1.14%
Otras áreas del centro de Atención Primaria (escaleras, entrada...)	12	1.14%
Hospital de día	6	0.57%
Lugar desconocido	6	0.57%
Sala de espera	3	0.29%
Servicio de Emergencias Extrahospitalarias / Transporte Sanitario	2	0.19%
Servicios de apoyo	1	0.10%
Laboratorio	1	0.10%
Área de administración / información	1	0.10%
TOTAL	1049	100.00%

Calculado sobre los incidentes en los que consta el área (1049), de un total de 1049 incidentes analizados en este informe (un 100.00% del total).

Tabla 1. Informe SiNASP 2013-2018.



Destacan las Unidades de Hospitalización con la mitad de todos los incidentes notificados, seguidas del Bloque Quirúrgico, Urgencias y Servicios Centrales. El resto de las unidades tienen porcentajes de notificación inferiores al 4%.

Como podemos ver en la tabla siguiente de los notificantes según el número de incidencias registradas, las Enfermeras/os son las principales profesionales que notifican, estando incluso por encima de la media nacional, con el 56,72% de las notificaciones realizadas en este periodo analizado, seguidas de los Médicos (20,50%). Hacer una mención especial al siguiente colectivo en frecuencia de notificaciones que son a los Estudiantes / Personal en prácticas (12,11%), cifra que refleja el elevado nivel de crecimiento y arraigo de la cultura de seguridad de pacientes en los que serán los futuros profesionales que prestarán la asistencia sanitaria y social.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN LA PROFESIÓN DEL NOTIFICANTE

Profesión del notificante	N.º Incidentes	%
Enfermero	595	56.72%
Médico	215	20.50%
Estudiantes / personal en prácticas	127	12.11%
Farmacéutico	41	3.91%
Otros	20	1.91%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	16	1.53%
Técnico Auxiliar de Enfermería	11	1.05%
Técnico en Imagen para el Diagnóstico	6	0.57%
Otros profesionales sanitarios	5	0.48%
Otros licenciados / grados sanitarios	5	0.48%
Fisioterapeuta	4	0.38%
Técnico en Laboratorio de Diagnóstico Clínico	2	0.19%
Otros técnicos de grado superior y medio	2	0.19%
TOTAL	1049	100.00

Calculado sobre los incidentes en los que consta la profesión del notificante (1049), de un total de 1049 incidentes analizados en este informe (un 100.00% del total).

Tabla 2. Informe SiNASP 2013-2018.

Al analizar la gravedad de las consecuencias para pacientes observamos que en el 57,77% de los casos el "incidente no llega al paciente", el restante 42,23% "llega al paciente", de los cuales el 12,59% "precisó intervención", "prolongó la hospitalización" "causó daño permanente", "comprometió la vida del paciente" o "contribuyó a ella" (este último en un 0,48%).

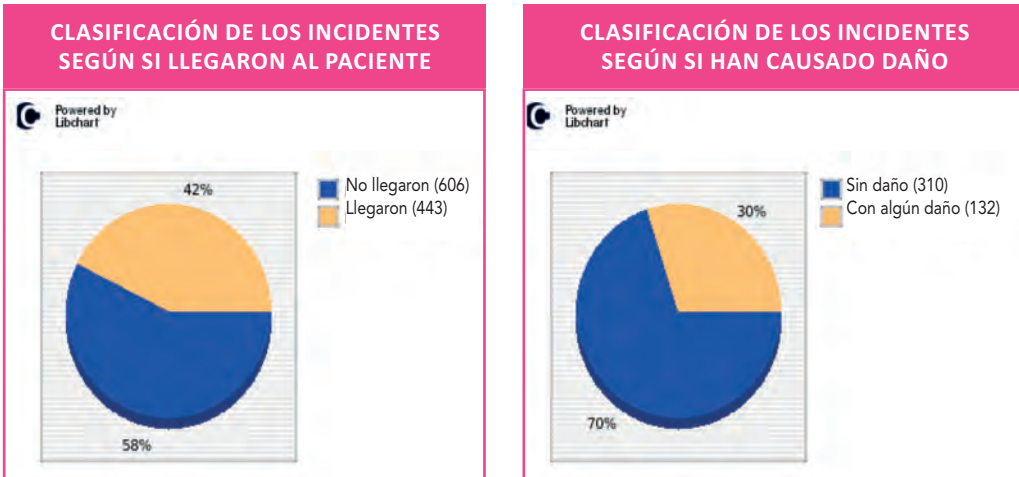


Ilustración 1. Informe SiNASP 2013-2018.



Los factores contribuyentes se han mantenido estables durante todo el periodo que se está notificando en la Comunidad Autónoma de Extremadura, siendo los factores profesionales los que contribuyen en un 40,56%, y es la formación / conocimiento / competencia de los profesionales la que con mayor frecuencia se identifica dentro de éstos, por lo que será una de las acciones a tener en cuenta en la priorización de las acciones a realizar en el nuevo plan.

Los factores de la organización ocupan el segundo lugar en frecuencia por lo que será tenido en cuenta para el desarrollo de normas / procedimientos / protocolos de trabajo en el nuevo plan de Seguridad, así como el abordar mejoras en el entorno del trabajo / instalaciones / equipamiento.

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN LOS FACTORES CONTRIBUYENTES		
Factores	N.º Factores Contribuyentes	Frecuencia Relativa
Factores profesionales	494	40.56%
- Formación / conocimiento / competencia de los profesionales	292	23.97%
- Comportamiento / conducta de los profesionales	182	14.94%
- Problemas de comunicación	139	11.41%
- Factores estresantes / emocionales / fatiga	97	7.96%
- Otros factores de los profesionales	37	3.04%
Factores de la organización	288	23.65%
- Normas / procedimientos / protocolos de trabajo (falta o inadecuación)	209	17.16%
- Cultura de la organización	92	7.55%
- Recursos humanos insuficientes / carga de trabajo	90	7.39%
- Problemas en el trabajo en equipo	43	3.53%
Entorno de trabajo / instalaciones / equipamiento	257	21.10%
Factores relacionados con el paciente	115	9.44%
- Otros factores relacionados con el paciente	39	3.20%
- Condición / gravedad del paciente / problemas clínicos complejos	35	2.87%
- Limitaciones para la comunicación con el paciente (extranjero, deterioro cognitivo, etc.)	32	2.63%
- Paciente con enfermedad crónica	9	0.74%
- Paciente desconocido por el profesional	3	0,25%
- Paciente con comorbilidades	2	0.16%
Factores externos	37	3.04%
Otros	27	2.22%
TOTAL (*)	1218	100.00%

Tabla 3. Informe SiNASP 2013-2018.

En la clasificación de los incidentes según su tipo a lo largo del periodo analizado se han ido alternando en los tres primeros puestos cuatro tipos de incidentes, la identificación, medicación, IRAS y pruebas diagnósticas. Es la identificación la que ocupa el primer lugar en el cómputo global, seguida de la medicación y pruebas diagnósticas; la *“Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria”* desciende en este cómputo hasta el séptimo puesto quizás porque la mayoría de las veces éstas no se identifican como un incidente relacionado con la seguridad de pacientes.



Ilustración 2. Informe SiNASP 2013-2018.



La evolución del volumen de notificaciones en este periodo muestra que en los hospitales hubo un aumento progresivo los tres primeros años de adhesión, los años 2016 y 2017 desciende para volver a experimentar un aumento notable en el último año, duplicando el volumen de las notificaciones del año anterior, aun así, todavía es un volumen inferior a la media nacional. Evolución que nos hace plantearnos la necesidad de consolidar los mecanismos que se han reforzado este último año para mantener activos los centros y aumentar la motivación de los profesionales para notificar.

Muy diferente son los datos de la evolución del volumen de notificaciones en Atención Primaria, hasta el año 2016 no se registra la primera notificación, en los años siguientes el volumen de estas se ha duplicado cada año y esto sitúa a Extremadura muy por encima de la media nacional. Esto se debe principalmente a la adhesión de los centros residenciales del SEPAD del Área de Salud de Plasencia al sistema de notificación de eventos adversos, creándose un Área SEPAD dentro del SiNASP.

Hay que destacar que en 2018 son considerados como centros activos en la Comunidad Autónoma dos centros del Área de Salud de Plasencia, el centro residencial Los Pinos del Área SEPAD y el hospital Virgen del Puerto.

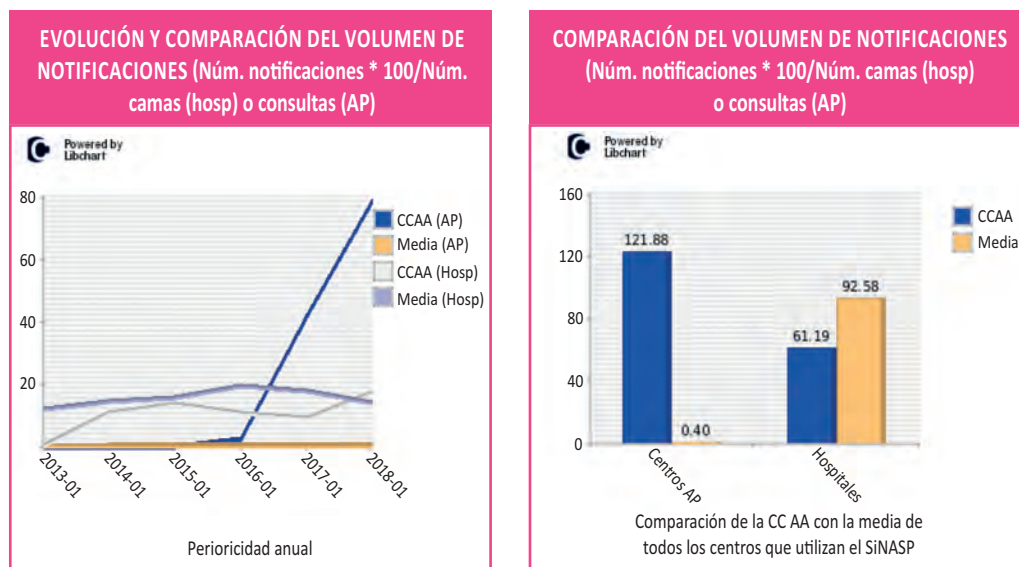


Ilustración 3. Informe SiNASP 2013-2018.

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DAFO DE SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

En el Plan Estratégico 2011-2016 se realizó un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) con el objetivo de tener una visión global previa a la formulación e implantación de estrategias.

Antes de la elaboración del nuevo Plan, se decide realizarlo de nuevo con el objetivo de intentar comprender las coincidencias/discrepancias años después (tras haber implantado algunas medidas) y marcar líneas estratégicas de Seguridad de Pacientes (SP).

DAFO: ANÁLISIS INTERNO		
DEBILIDADES		FORTALEZAS
1	Insuficiente CULTURA de SEGURIDAD entre profesionales y entre agentes del sistema sanitario	Mayor número de profesionales sanitarios con Cultura Seguridad.
2	Deficiente COMUNICACIÓN : - Profesional-profesional. - Profesional-paciente. - Entre áreas sanitarias, Servicios hospitalarios, estructuras y órganos de gobierno.	Profesionales Proactivos para el aprendizaje y el trabajo en equipo.
3	Falta de dotación PRESUPUESTARIA específica para SP.	Estructura organizativa del SES orientada a la SP.
4	Insuficiente y/o inadecuada plantilla RRHH para necesidades asistenciales.	Disponibilidad y mejora Sistema de Registro y Vigilancia epidemiológica.
5	Insuficiente Estructura organizativa de SP y RRHH específicos.	Consolidación de la Estructura organizativa ya implantada en SP con extensión a Centros educativos, Centros de día y Residencias.
6	Desigualdad entre las diferentes Áreas Sanitarias de salud y niveles asistenciales y escasa coordinación entre niveles asistenciales.	Implantación de Sistema de Notificación de incidentes y EA.
7	Consolidación Insuficiente/deficitaria del LIDERAZGO en SP.	Identificación de “figuras clave” en el impulso de proyectos en SP.
8	Implementación escasa de Prácticas Clínicas Seguras (basadas en evidencias).	Existencia de Programas y proyectos para implementación de Prácticas Clínicas Seguras.
9	Dificultades para la FORMACIÓN en SP.	Programación de Formación continuada en SP.
10	EVALUACIÓN Insuficiente de los Programas y actividades en SP.	Imagen corporativa favorable hacia la SP.
11	Escaso desarrollo de líneas de INVESTIGACIÓN en SP.	Servicio de Traducción telefónica.
12	Escasa dotación en herramientas informáticas y logística de apoyo en SP.	Sistema Integrado de Información Sanitaria.

Tabla 4. Fuente: elaboración propia. 2018.



Analizando las **Debilidades** respecto al Plan anterior, apreciamos que hay debilidades que **persisten** y sobre las que, entendemos, deberemos seguir trabajando en el Plan actual como son:

- Insuficiente cultura de seguridad
- Deficiente comunicación
- Falta de recursos humanos
- Escasa investigación
- Insuficiente consolidación del liderazgo en SP

Así mismo, se identifican **nuevas debilidades** por el equipo de expertos como son: Falta de dotación presupuestaria específica para SP, desigualdad entre las diferentes áreas sanitarias y Servicios, evaluación insuficiente de las actividades y programas llevados a cabo y la escasa implementación de prácticas clínicas seguras. Todo ello, relacionado probablemente con la "madurez" de la Organización Sanitaria en Seguridad del Paciente y que precisa, por tanto, una consolidación y mayor concreción en la asignación de responsables de los Proyectos y sus competencias. Así como mayor concreción en los objetivos y sus plazos. Todo ello, requiere de personal suficiente, presupuesto adecuado e implicación desde la Organización Sanitaria.

Respecto a las **Fortalezas** algunas coinciden con las Debilidades dado que, son fortalezas (gracias a las acciones ya puestas en marcha por el Plan anterior) pero aún hay que eliminar barreras, llegar a la totalidad de profesionales y hay que trabajar en su consolidación e instauración de forma permanente y generalizada en el Sistema de Salud (todos los servicios hospitalarios, Atención Primaria, 112 y otros colectivos).

Respecto al Plan anterior, solo comparten el *Sistema Integrado de Información Sanitaria* y *Estructura organizativa central* en SP. El resto son "nuevas" y no por dejar de existir las fortalezas previas (Plan 2011-2016) sino por haber agrupado algunas de ellas en otra categoría única y por pasar de ser considerada debilidad en el plan anterior a fortaleza actualmente.

DAFO: ANÁLISIS EXTERNO		
AMENAZAS		OPORTUNIDADES
1	Dotación económica insuficiente en los Presupuestos del Estado y Autonómicos.	Múltiples Iniciativas nacionales e internacionales (legislativas, Estrategias, Programas) en SP.
2	Nuevas enfermedades, Incremento de la complejidad clínica y tecnológica (sin aumento de la formación).	Estructura organizativa nacional que promueve la SP.
3	“judicialización” de la asistencia sanitaria que induce una Medicina Defensiva .	Aplicación y desarrollo de nuevas tecnologías y TICS aplicadas a la SP.
4	Cultura sanitaria de los usuarios insuficiente.	Implicación y Corresponsabilidad de la comunidad autónoma, asociaciones y pacientes con la Calidad Asistencial.
5	Escasa aplicación y continuidad de las Normativas y Programas aprobados.	Mayor Cultura de Seguridad de la Administración Sanitaria y de la población.
6	Impacto negativo de los cambios políticos sobre las prioridades sanitarias y el desarrollo de los planes iniciados.	Visibilización en los medios de comunicación de los logros y avances en SP.
7	Condicionamiento sobre la Organización y los profesionales de empresas externas con intereses particulares.	
8	Insuficiente homogeneidad del SNS que conlleva desigualdades asistenciales entre CCAA.	
9	Influencia negativa de la información que le llega al usuario (Redes sociales, medios comunicación...).	
10	Falta de comunicación efectiva entre profesionales y usuarios.	

Tabla 5. Fuente: elaboración propia. 2018.

Analizando las **Amenazas**, observamos que los expertos coinciden en que **persisten**:

- Complejidad creciente de la tecnología sanitaria.
- Cultura sanitaria de los usuarios insuficiente (Expectativas).

Son estos factores sobre los que podría actuar un nivel superior de la Administración acompañando formación y sistemas de alertas a la incorporación de nuevas tecnologías y aplicando políticas de información a los usuarios sobre el “uso responsable del sistema sanitario” y “cómo implicarse en su seguridad”.

El resto de las amenazas detectadas por los expertos son “nuevas” y entendemos que son consecuencia de un mayor conocimiento de los múltiples factores que “afectan y debilitan” a la Seguridad del Paciente.



Respecto a las **Oportunidades** coinciden 2 respecto al plan anterior:

- Múltiples iniciativas nacionales e internacionales.
- Aumento progresivo de implicación y responsabilidad de los pacientes en la calidad del sistema sanitario.

El resto se han englobado en otra categoría mayor (Estructura organizativa). Las oportunidades "**nuevas**" son: Nuevas tecnologías y TICS, mayor cultura de seguridad de la Administración y de la población y uso de los medios de comunicación de forma favorable. Todas ellas oportunidades externas para mejorar la seguridad de pacientes que tanto Administración, usuarios y profesionales deberemos trabajar en su aprovechamiento.

4. ENTORNO DEMOGRÁFICO Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN EXTREMADURA									
	EXTREMADURA			PROVINCIA BADAJOZ			PROVINCIA CÁCERES		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2009	1.102.410	547.550	554.860	688.777	341.912	346.865	413.633	205.638	207.995
2010	1.107.220	549.721	557.499	692.137	343.363	348.774	415.083	206.358	208.725
2011	1.109.367	550.864	558.503	693.921	344.291	349.630	415.446	206.573	208.873
2012	1.108.130	550.324	557.806	694.533	344.690	349.843	413.597	205.634	207.963
2013	1.104.004	548.054	555.950	693.729	344.296	349.433	410.275	203.758	206.517
2014	1.099.632	545.616	554.016	690.929	342.654	348.275	408.703	202.962	205.741
2015	1.092.997	542.078	550.919	686.730	340.376	346.354	406.267	201.702	204.565
2016	1.087.778	539.239	548.539	684.113	338.954	345.159	403.665	200.285	203.380
2017	1.079.920	535.060	544.860	679.884	336.566	343.318	400.036	198.494	201.542
2018	1.072.863	531.255	541.608	676.376	334.636	341.740	396.487	196.619	199.868

Tabla 6. Fuente: INE. Padrón. Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón Municipal a 1 de enero.



PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE EXTREMADURA POR GRUPOS DE EDAD. 2010 Y 2018

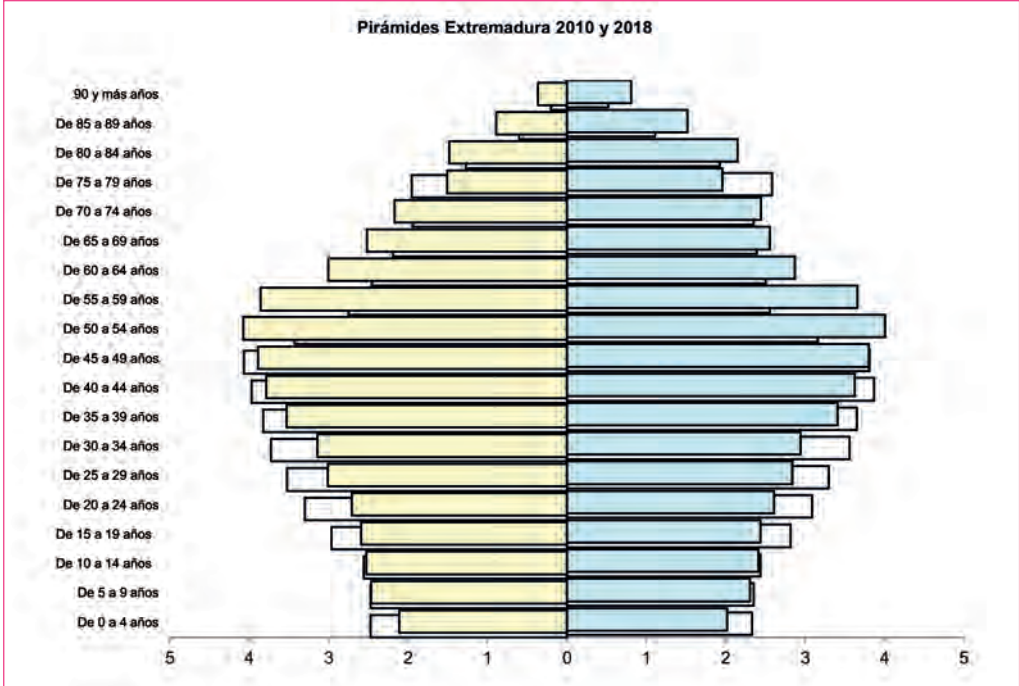


Tabla 7. Fuente: INE. Cifras de población.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

INDICADORES DEMOGRÁFICOS									
TASAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NATALIDAD	9,40	9,20	9,01	8,55	8,09	8,38	8,18	8,12	7,92
MORTALIDAD	9,80	9,83	9,59	10,30	10,06	9,87	10,59	10,39	10,80

Tabla 8. Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos.

MIGRACIONES

MIGRACIONES EXTERIORES									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
INMIGRACIÓN PROCEDENTE EXTRANJERO	3.563	3.108	3.115	2.260	2.095	2.094	2.250	2.637	3.114
EMIGRACIÓN DESTINO AL EXTRANJERO	2.302	2.604	2.191	2.321	3.404	2.829	3.164	3.502	3.045
SALDO MIGRATORIO CON EL EXTRANJERO	1.261	504	924	-61	-1.310	-735	-914	-866	69

Tabla 9. Fuente: INE. Estadística de migraciones.

MIGRACIONES INTERIORES									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
EXTREMADURA A RESTO ESPAÑA	9.470	9.912	10.196	10.339	10.112	10.707	10.713	11.050	11.172
RESTO ESPAÑA A EXTREMADURA	11.278	10.550	9.943	8.950	9.038	8.277	7.743	6.926	7.163
SALDO MIGRATORIO INTERAUTONÓMICO	1.808	637	-253	-1.390	-1.074	-2.431	-2.970	-4.124	-4.009

Tabla 10. Fuente: INE. Estadística de migraciones.

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN. EXTREMADURA										
ÍNDICES Y TASAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ENVEJECIMIENTO	119,72	121,44	122,95	123,97	124,98	127,63	130,35	132,07	134,81	137,46
SOBREENVEJECIMIENTO*	12,20	12,78	13,42	14,17	14,62	15,24	15,85	16,31	16,98	17,63
DEPENDENCIA	53,21	53,23	53,26	53,18	53,19	53,50	53,72	53,72	53,96	54,29
DEPENDENCIA <16 AÑOS	24,22	24,04	23,89	23,74	23,64	23,50	23,32	23,15	22,98	22,86
DEPENDENCIA >64 AÑOS	28,99	29,19	29,37	29,43	29,55	30,00	30,40	30,57	30,98	31,43

Tabla 11. *Población de 85 y mas / Población de 65 y más. Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos y * elaboración propia a partir de cifras de población.



INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

MEDICINA DE FAMILIA						
	Administrativa	A Demanda	Programada	Telemedicina	Otras consultas	Total
2012	1.449.586	5.385.776	181.058	0	112.740	7.129.160
2013	1.324.639	5.238.195	182.222	0	96.377	6.747.069
2014	1.241.077	5.123.055	168.980	0	90.655	6.535.126
2015	1.207.712	5.078.694	158.044	149	90.520	6.446.465
2016	1.159.269	5.023.200	178.607	559	101.940	6.363.092
2017	1.127.913	5.073.245	213.030	867	135.208	6.416.205
2018	1.108.531	5.053.120	221.823	739	133.269	6.385.492

Tabla 12. Consultas de Medicina de Familia. Fuente: Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

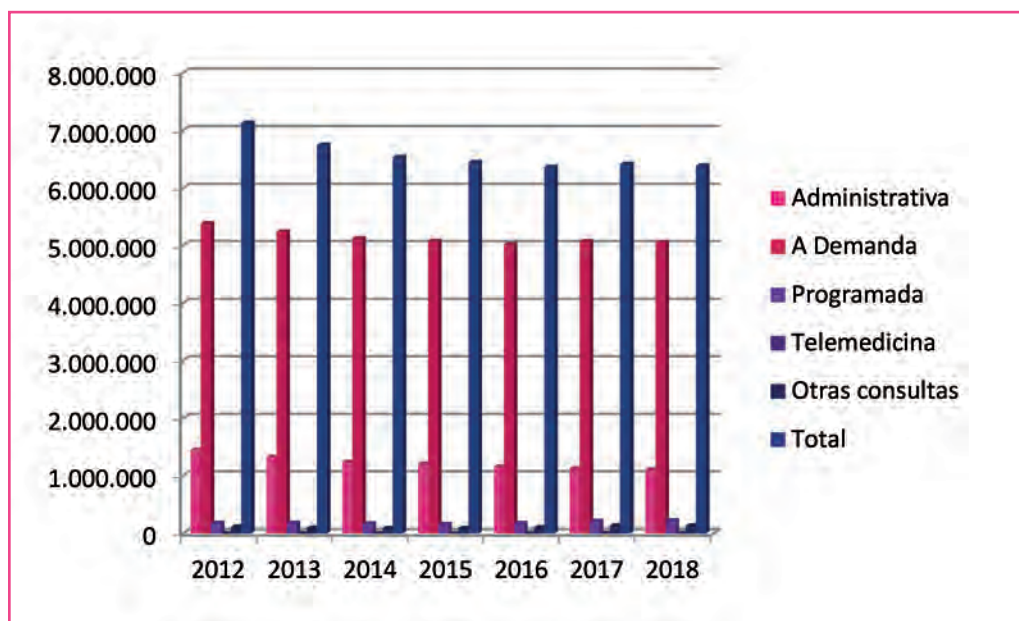


Ilustración 4. Consultas de Medicina de Familia. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

PEDIATRÍA						
	Administrativa	A Demanda	Programada	Telemedicina	Otras consultas	Total
2012	6.734	555.715	86.598	0	8.046	651.059
2013	8.176	591.662	93.032	0	8.121	694.883
2014	9.166	580.258	90.857	0	7.602	682.295
2015	10.216	577.651	83.124	2	7.756	673.006
2016	11.248	578.153	82.658	1	9.945	674.075
2017	12.024	535.702	81.629	3	11.651	631.372
2018	11.721	506.650	78.880	7	16.773	599.269

Tabla 13. Consultas de Pediatría de Atención Primaria. Fuente: Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

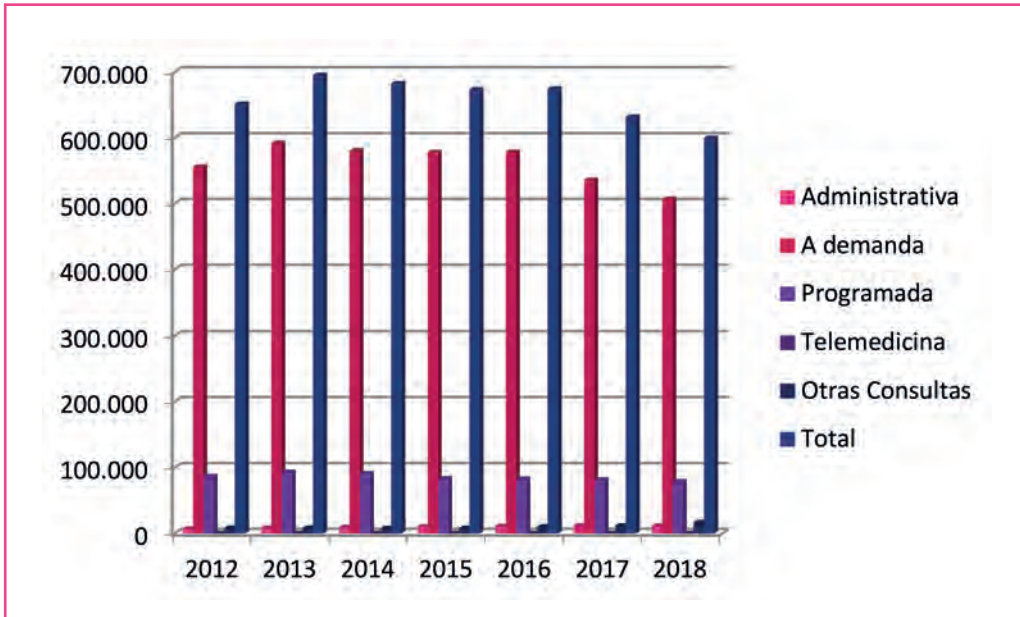


Ilustración 5. Consultas de Pediatría de Atención Primaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.



ENFERMERÍA

	A demanda	Programada	Téc. Enfer. Centro	Telemedicina	Otras Consultas Enfermería	Extracciones	Total
2012	1.567.165	1.280.237	621.060	0	220.911	335.076	4.024.449
2013	1.617.542	1.311.604	325.667	0	218.202	673.092	4.146.107
2014	1.587.870	1.296.941	310.786	0	202.000	687.396	4.084.993
2015	1.463.215	1.204.677	281.466	3232	191.247	645.607	3.789.444
2016	1.440.533	1.217.425	262.078	5288	188.322	645.538	3.759.184
2017	1.461.915	1.390.168	281.080	5897	191.388	725.466	4.055.914
2018	1.406.443	1.437.071	272.839	4.945	188.628	745.301	4.055.227

Tabla 14. Consultas de Enfermería de Atención Primaria. Fuente: Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

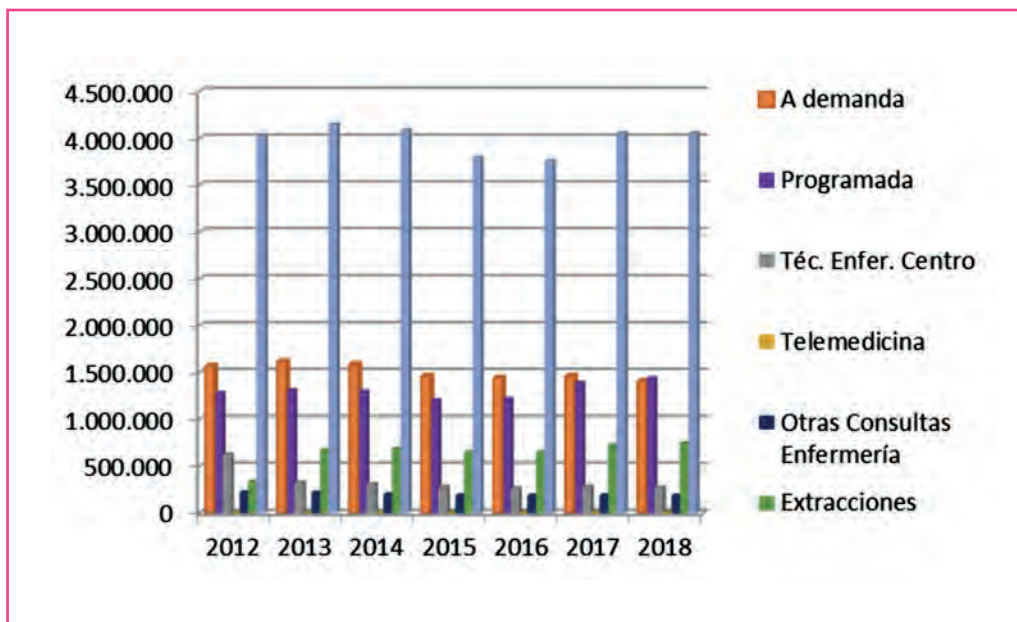


Ilustración 6. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección de Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

CONSULTAS TOTALES REALIZADAS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	426.646	452.813	460.105	473.965	487.098	497.230	504.552	509.337
A.S.Mérida	205.925	212.073	223.613	234.488	242.835	227.242	228.565	246.237
A.S.Don Benito	180.283	190.742	190.091	197.068	208.138	192.687	189.662	193.105
A.S.Llerena-Zaf	144.373	151.337	155.109	156.310	153.370	153.299	151.421	147.189
A.S.Cáceres	284.262	296.296	305.138	306.367	313.350	315.163	304.895	319.556
A.S.Coria	72.453	73.614	72.357	71.011	66.168	64.103	59.990	61.578
A.S.Plasencia	164.359	173.922	180.415	183.656	174.306	178.417	179.082	169.114
A.S.Navalmoral	55.997	57.185	61.431	60.159	58.424	59.594	58.458	58.174
Resultado total	1.534.298	1.607.982	1.648.259	1.683.024	1.703.689	1.687.735	1.676.625	1.704.290

Tabla 15. Consultas Externas Atención Especializada. Fuente, Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

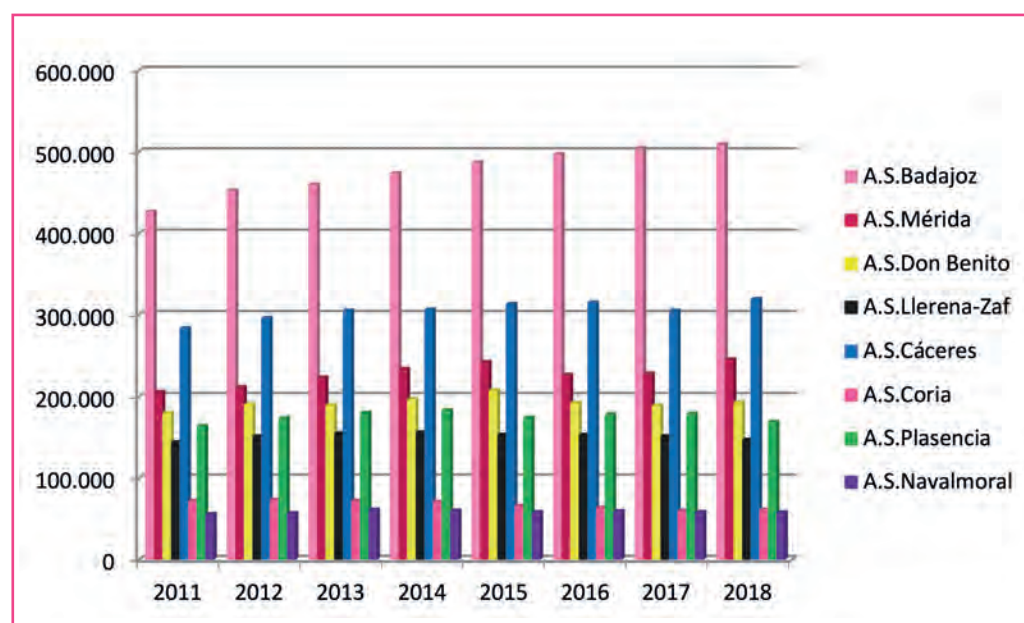


Ilustración 7. Consultas Externas Atención Especializada. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.



TOTAL IQS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S. Badajoz	29.330	31.406	31.677	32.804	29.353	32.151	33.096	32.597
A.S. Mérida	9.440	9.957	10.398	10.827	11.007	10.879	11.506	13.060
A.S. Don Benito	8.119	8.459	8.441	8.762	9.006	9.120	9.435	9.731
A.S. Llerena-Zaf	7.768	8.029	8.389	8.646	8.154	8.152	7.793	7.348
A.S. Cáceres	13.938	14.742	15.055	15.920	14.926	15.701	15.277	13.924
A.S. Coria	2.863	3.197	3.512	3.104	2.977	3.110	2.913	3.098
A.S. Plasencia	7.308	7.335	7.559	6.795	7.242	8.126	9.159	8.529
A.S. Navalmoral	2.908	2.955	3.306	3.326	3.208	3.068	2.993	3.219
Resultado total	81.674	86.080	88.337	90.184	85.873	90.307	92.172	91.506

Tabla 16. Intervenciones Quirúrgicas. Fuente, Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

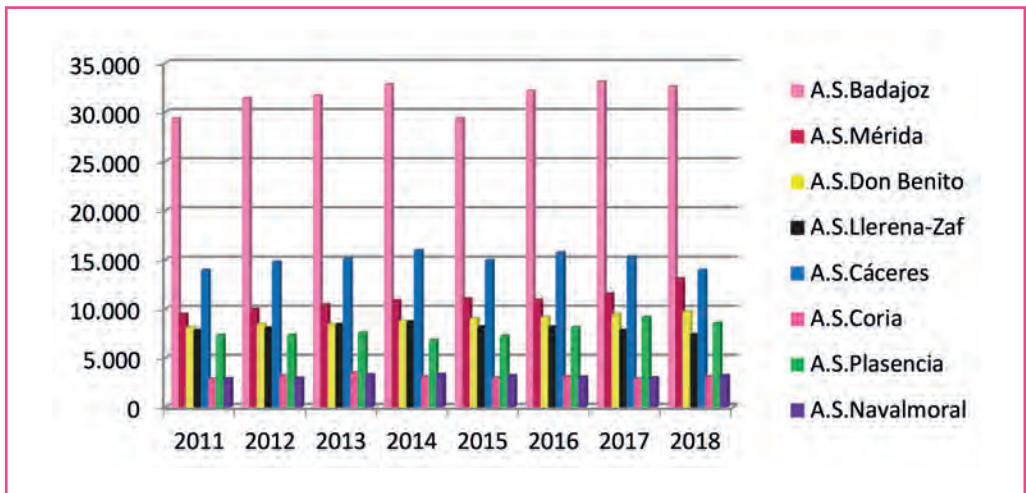


Ilustración 8. Intervenciones Quirúrgicas. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

ESTANCIAS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	222.574	222.908	216.793	216.873	216.011	216.749	212.218	208.892
A.S.Mérida	100.089	102.947	104.842	104.219	103.695	100.521	100.769	97.766
A.S.Don Benito	80.101	79.077	73.150	74.498	76.493	75.536	74.637	72.229
A.S.Llerena-Zaf	53.502	51.237	51.543	51.279	50.694	48.688	46.310	46.490
A.S.Cáceres	127.880	122.314	122.496	120.427	122.780	127.099	119.589	114.924
A.S.Coria	18.204	18.558	18.539	17.913	17.692	16.480	15.936	16.485
A.S.Plasencia	56.993	59.141	61.820	59.145	60.920	61.335	61.333	59.553
A.S.Navalmoral	20.834	20.120	20.803	20.433	22.936	22.593	22.338	23.310
Resultado total	680.177	676.302	669.986	664.787	671.221	669.001	653.130	639.649

Tabla 17. Estancias Hospitalarias. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

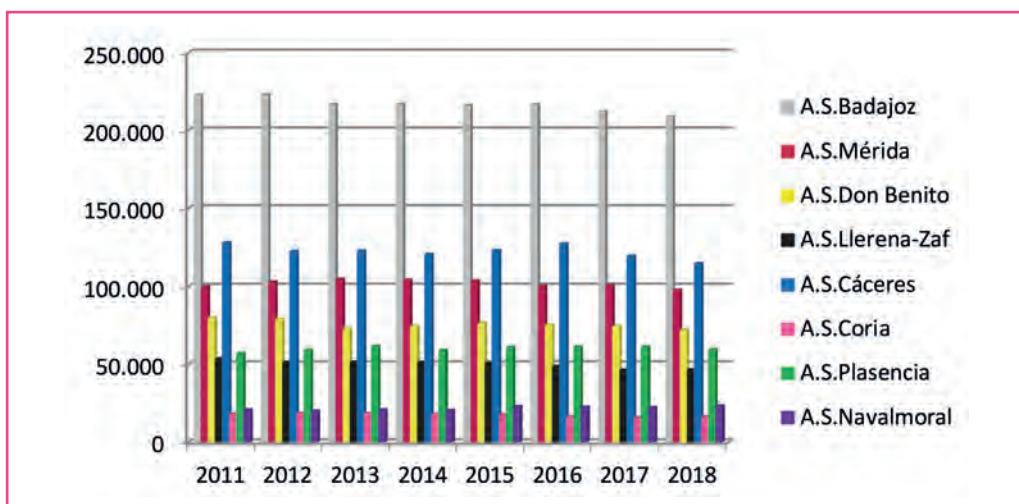


Ilustración 9. Estancias Hospitalarias. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.



TAC REALIZADOS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	14.928	14.663	16.746	19.946	23.816	24.395	25.613	27.535
A.S.Mérida	8.520	11.016	12.447	14.095	15.116	16.098	16.507	17.169
A.S.Don Benito	8.447	10.351	10.290	11.215	12.598	12.411	12.351	12.783
A.S.Llerena-Zaf	5.876	7.007	7.635	9.162	8.755	7.842	8.129	7.964
A.S.Cáceres	9.198	11.072	11.569	13.477	13.671	14.694	15.179	15.582
A.S.Coria	2.094	2.597	3.709	3.860	3.884	3.954	4.176	4.405
A.S.Plasencia	4.110	5.167	6.181	7.545	8.286	9.197	9.461	9.574
A.S.Navalmoral	2.988	4.704	5.044	4.735	4.626	4.881	4.928	5.801
Total	56.161	66.577	73.621	84.035	90.752	93.472	96.344	100.813

Tabla 18. TAC realizados medios propios. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

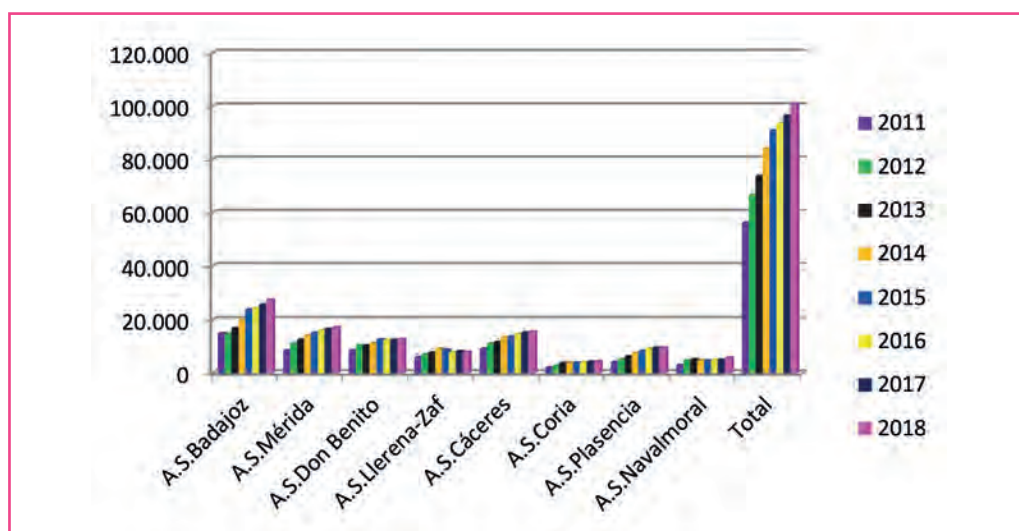


Ilustración 10. TAC realizados medios propios. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

RMN REALIZADAS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	13.174	13.348	9.691	8.632	10.485	15.025	15.715	16.513
A.S.Mérida	2.658	2.404	3.001	4.058	3.855	3.690	3.893	4.664
A.S.Don Benito	4.297	4.294	3.881	3.919	4.565	6.020	5.865	5.980
A.S.Llerena-Zaf	1.566	2.555	3.052	3.786	3.715	2.720	4.219	3.650
A.S.Cáceres	5.034	4.809	5.678	6.330	6.196	6.442	5.899	7.222
A.S.Coria								
A.S.Plasencia	3.278	3.235	3.584	3.541	3.368	3.225	3.522	3.424
A.S.Navalmoral								
Resultado total	30.007	30.645	28.887	30.266	32.184	37.122	39.113	41.453

Tabla 19. RMN realizadas medios propios. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

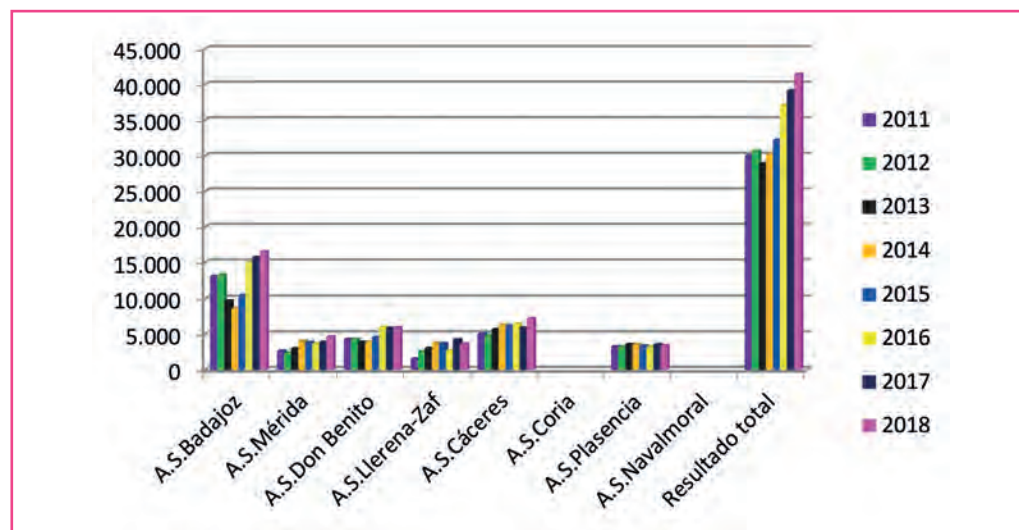


Ilustración 11. RMN realizadas medios propios. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.



ECOGRAFÍAS REALIZADAS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	32.533	35.043	34.294	33.512	36.066	31.322	30.277	31.155
A.S.Mérida	12.706	13.278	15.801	16.060	17.330	17.165	16.846	20.036
A.S.Don Benito	17.850	19.366	18.770	17.033	19.178	19.885	18.765	17.555
A.S.Llerena-Zaf	8.733	10.210	10.516	12.403	12.786	11.056	10.852	9.431
A.S.Cáceres	15.387	16.962	16.720	16.837	15.430	15.410	16.263	14.761
A.S.Coria	3.315	4.406	5.122	5.754	5.190	6.214	6.318	6.191
A.S.Plasencia	8.049	8.697	9.211	10.368	10.009	11.320	11.923	11.069
A.S.Navalmoral	3.220	4.792	4.897	4.966	5.017	4.882	5.398	5.976
Resultado total	101.793	112.754	115.331	116.933	121.006	117.254	116.642	116.174

Tabla 20. Ecografías realizadas medios propios. Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

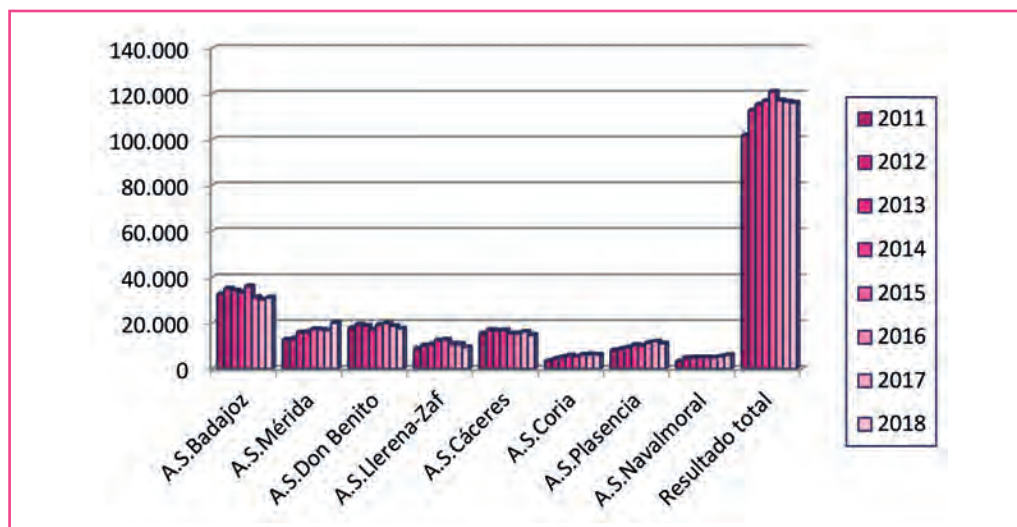


Ilustración 12. Ecografías realizadas medios propios. Fuente elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

MAMOGRAFÍAS REALIZADAS								
Área de Salud Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.S.Badajoz	5.951	7.537	5.274	5.230	4.614	4.578	5.322	5.248
A.S.Mérida	2.474	3.921	2.993	2.626	2.638	2.693	2.223	2.469
A.S.Don Benito	3.187	5.127	3.890	2.715	3.098	2.508	2.887	4.175
A.S.Llerena-Zaf	2.760	3.185	3.015	3.409	3.108	2.521	1.919	1.752
A.S.Cáceres	5.392	7.562	7.834	7.522	8.882	9.813	11.489	10.298
A.S.Coria	1.229	1.797	1.429	1.187	962	900	850	923
A.S.Plasencia	2.501	3.247	2.956	3.230	2.868	3.112	3.115	3.038
A.S.Navalmoral	705	1.055	818	717	695	666	708	693
Total	24.199	33.431	28.209	26.636	26.865	26.791	28.513	28.596

Tabla 21. Mamografías realizadas medios propios. Fuente, Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

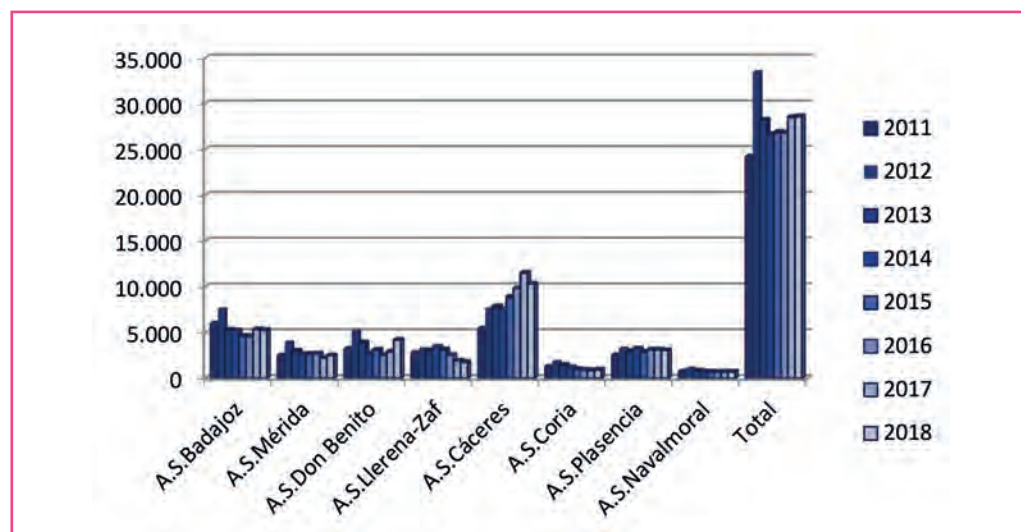


Ilustración 13. Mamografías realizadas medios propios. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.



CAPÍTULO II. LÍNEAS ESTRATÉGICAS





En todo el texto, cuando se utiliza la palabra “Centros” incluye y hace referencia a centros de Atención Primaria y centros sociosanitarios.

Todos los datos de los indicadores se recogerán desagregados por sexo y por otros criterios de seguridad en la medida que el indicador estudiado lo permita.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS Y ORGANIZATIVOS

La cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta de individuos y grupos que determinan el compromiso, así como su estilo y habilidad respecto a la salud de la organización y la gestión de la seguridad.

Esto conlleva distintos niveles de madurez según el nivel asistencial y según el centro, lo que se debe tener en cuenta a la hora de proyectar la estrategia para conseguir que la gestión del riesgo sea parte integral de lo que hacemos y es la meta que alcanzar en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Se define la seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

Agrupando estos dos conceptos, se podría decir que la cultura de seguridad de pacientes en un determinado centro sanitario es el modo en que se siente y hacen las cosas para minimizar errores y evitar efectos adversos. Para ello, se precisa tener conciencia de que en la asistencia sanitaria las cosas pueden ir mal y que se pueden cometer errores, muchos de los cuales son evitables. Identificar estos errores, compartirlos y analizarlos, servirá para el aprendizaje y puesta en marcha de medidas para evitar que vuelvan a producirse.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos mediante la gestión proactiva del riesgo, y poder aprender de los errores, notificando, analizando y poniendo en marcha las medidas necesarias que eviten que vuelvan a ocurrir (gestión reactiva), para ello se requiere la implantación de sistemas para gestionar los riesgos, como son las unidades funcionales del riesgo y los sistemas de notificación de incidentes.

Es necesario tener en cuenta y destacar que la cultura de seguridad no sólo es exclusiva de gestores y profesionales sanitarios, sino también de la población.

La participación de los profesionales y el liderazgo de los gestores de la organización son factores fundamentales para propiciar un adecuado abordaje de la Seguridad de Pacientes. El liderazgo de las áreas de Salud es un elemento clave para la incorporación de la seguridad en las prácticas clínicas.

La cultura de seguridad en una organización, no se crea de un día para otro, es un proceso continuo, que requiere tiempo en el que se tienen que desarrollar una serie de medidas para ir progresando, como son: informar y formar a gestores, profesionales y pacientes en temas de seguridad, fomentar la participación de profesionales y el liderazgo en seguridad, implementar prácticas clínicas seguras, evaluación periódica de la cultura de seguridad para detectar oportunidades de mejora, comunicar y aprender de los incidentes ocurridos, entrenar y formar equipos en gestión de riesgos, fundamentalmente.

Para que la atención sea segura, debe estar centrada en las necesidades y valores del paciente, que la toma de decisiones sea informada y compartida con él, estar basada en el trabajo en equipo y en procedimientos estandarizados fundamentados en la mejor evidencia disponible, lo que implica que para hacer el sistema sanitario más seguro son fundamentales otros dos pilares, la formación y el liderazgo.

La formación de profesionales en una doble vertiente: en metodología en seguridad e igualmente necesaria la formación en conocimientos basados en la evidencia porque como hemos referido es uno de los factores contribuyentes para garantizar la seguridad de la práctica clínica, a la vez que un mayor nivel de cultura de seguridad de los centros sanitarios contribuye a la mejora de la efectividad y puesta en marcha de prácticas seguras.

Y para conducir y llevar a cabo todo ello se necesita un liderazgo fuerte y decidido, tanto de los responsables de Seguridad del Paciente como de los líderes ejecutivos de la organización, que realicen un apoyo efectivo, impulsen y controlen la implantación y seguimiento de las prácticas seguras, así como de la formación y promoción de profesionales.

En el estudio de los EA notificados en el SiNASP de los años 2013–2018, los factores contribuyentes relacionados con los factores profesionales más frecuentes son los factores de *“formación/conocimiento/competencia de los profesionales”* (23,97%), que junto a los de *cultura de la organización* (7,55%), suponen el 31,52% de todos los eventos adversos notificados.

OBJETIVOS

1. Consolidar la estructura organizativa óptima para establecer y llevar a cabo las líneas estratégicas priorizadas en Seguridad de Pacientes para la Comunidad Autónoma.
2. Valorar el clima de seguridad y fomentar la cultura de seguridad en el Sistema Público de Salud de Extremadura.
3. Favorecer la formación en seguridad de pacientes de quienes trabajan en el sistema sanitario en todos los niveles de su formación y desarrollo (formación



continuada, grado, postgrado y especialidad) para formar y difundir la Cultura de Seguridad.

4. Fomentar la participación activa de profesionales en materia de seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Mantener activa la Comisión Central de Seguridad de Pacientes a nivel Autonómico.
- Continuidad de los puestos de Coordinador/a de Seguridad de Pacientes y de responsable de las IRAS a nivel Autonómico y de los PROA s.
- Nombramiento de coordinadores/as de Seguridad de Pacientes en cada Área de Salud con adecuada dedicación de tiempo.
- Tener un referente de Seguridad de Pacientes en cada unidad/servicio y centro de atención primaria.
- Reuniones periódicas de la Comisión de Seguridad de Pacientes de las Áreas de Salud o de las Unidades Funcionales de Gestión del Riesgo para organización, despliegue y evaluación de temas relacionados con la seguridad del paciente.
- Marcar objetivos de Seguridad de Pacientes en los contratos de gestión con las Gerencias y pactos de gestión de estas con las diferentes unidades y servicios de los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Evaluación del grado de cumplimiento de cada Área de Salud de cada objetivo marcado en los contratos de gestión de las áreas de Salud.
- Realizar una encuesta periódica desde cada Área de Salud (mínimo cada 4 años) del nivel de la Cultura de Seguridad de profesionales (sanitarios, no sanitarios y equipo directivo) de la Comunidad Autónoma de Extremadura mediante la aplicación del Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes adaptado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Creación de una encuesta on-line donde poder volcar los datos obtenidos de las encuestas y otras actuaciones tanto locales como globales de la Comunidad Autónoma, que sea accesible para todos el personal.
- Análisis de los resultados a nivel Autonómico, por áreas de Salud, niveles de atención y categoría profesional con elaboración de un informe con la difusión de los resultados a los estamentos implicados en la gestión de la Comunidad Autónoma y retroalimentación al equipo directivo y profesionales de los hospitales y centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

- Sesiones de difusión del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes en todos los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Crear una línea de Seguridad de Pacientes en las unidades de formación de las áreas desde donde se organice la formación con o sin acreditación.
- Impartir formación en seguridad de pacientes, acreditada o no, a todo el personal sanitario y no sanitario (personas que trabajan en puestos de celador, administrativo, mantenimiento, limpieza) de los hospitales, centros de atención primaria (centros de día, etc.) públicos y concertados del Sistema Sanitario de Extremadura.
- Solicitar inclusión en el programa curricular de los estudios de Grado de Medicina y Enfermería de la Comunidad Autónoma de Extremadura un número de créditos de formación obligatorios en Seguridad de Pacientes.
- Solicitar la inclusión del estudio de Seguridad de Pacientes en el programa formativo de los estudios sanitarios de los Ciclos de Formación Profesional de grado medio y superior de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Facilitar la participación de profesionales en actividades formativas sobre seguridad de pacientes desarrolladas por entidades locales, autonómicas, nacionales e internacionales.



INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Reuniones anuales de la Comisión Central de Seguridad de Pacientes	N.º de reuniones anuales, considerando el mínimo de las establecidas en el Reglamento de la Comisión Central de Seguridad de Pacientes	E	C. A.	3 anuales
	Coordinadora de Seguridad de Pacientes y responsable de las IRAS/PROA s	Nombramientos de la Coordinadora de Seguridad de Pacientes y de la responsable de las IRAS/PROA s	E	C. A.	Sin estándar
	Porcentaje de Áreas de Salud que disponen de un coordinador de Seguridad de Pacientes con adecuada dedicación de tiempo	N.º de áreas que disponen de un coordinador de Seguridad de Pacientes con adecuada dedicación de tiempo / n.º total de áreas de Salud	E	Área de Salud	100%
	Reuniones anuales de la Comisión de Seguridad o Unidades Funcionales de Riesgo Sanitario	Número de reuniones anuales de la Comisión de Seguridad o Unidades Funcionales de Riesgo Sanitario, considerando el mínimo las establecidas en el Manual de Gestión de Riesgos de las Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	4 anuales
	Porcentaje de encuestas de valoración del clima de Seguridad de Pacientes realizadas por los profesionales de la unidad o centros	N.º de encuestas de valoración del clima de Seguridad de Pacientes realizadas por los profesionales de la unidad o centros / n.º de profesionales de la unidad o centros	P	Área de Salud	80% 2021
	Porcentaje de centros que han realizado informe sobre el clima de seguridad por Área de Salud	N.º centros que han realizado informe sobre el clima de seguridad por Área de Salud / n.º de centros del Área de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	100% 2021
	Sesiones informativas a gerente y equipo directivo de las áreas de salud sobre los resultados del clima de seguridad	N.º de sesiones informativas a gerente y equipo directivo sobre los resultados del clima de seguridad / n.º de gerencias de Área de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	1 anual 2021
	Porcentaje de sesiones informativas a los profesionales sobre los resultados del clima de seguridad	N.º de sesiones informativas a los profesionales sobre los resultados del clima de seguridad / n.º de hospitales, centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Coordinadora de Seguridad de Pacientes	90% 2021

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de objetivos de Seguridad de Pacientes cumplidos por Área de Salud de los marcados en el contrato de gestión	N.º de objetivos de Seguridad de Pacientes cumplidos por Área de Salud / n.º de objetivos de Seguridad de Pacientes marcados en el contrato de gestión	R	Coordinadora de Seguridad de Pacientes	90%
	Sesiones sobre difusión del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes a los profesionales de los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura	N.º de sesiones sobre difusión del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes a los profesionales de los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura/ n.º de hospitales, centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	100%
	Porcentaje de profesionales informados sobre el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes en los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura	N.º de profesionales informados sobre el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes en los centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura/ n.º de profesionales de hospitales, centros de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	90%
	Porcentaje de centros sanitarios en los que se ha impartido formación sobre Seguridad de Pacientes	N.º de centros sanitarios en los que se ha impartido formación sobre Seguridad de Pacientes x 100/ n.º centros sanitarios por nivel asistencial de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	80%
	Porcentaje de centros sanitarios en los que se ha impartido formación sobre algún Programa específico de las líneas de Seguridad de Pacientes	N.º de centros sanitarios en los que se ha impartido formación sobre algún Programa específico de las líneas de Seguridad de Pacientes x 100/ n.º centros sanitarios por nivel asistencial de la Comunidad de Extremadura	P	Área de Salud	80%
	Porcentaje de unidades/servicios que disponen de un referente/responsable de Seguridad de Pacientes	N.º de unidades o servicios que disponen de un referente o responsable de Seguridad de Pacientes / n.º de unidades o servicios en el centro	E	Área de Salud	30% en el segundo año de vigencia del Plan 60% año siguiente 90% año siguiente
	Porcentaje de Facultades de la Universidad de Extremadura en las que se ha incluido la Seguridad de Pacientes en el programa curricular / N.º de Facultades de enfermería y medicina de la Comunidad Autónoma de Extremadura	N.º de Facultades de la Universidad de Extremadura en las que se ha incluido la Seguridad de Pacientes en el programa curricular / n.º de Facultades de la Universidad de Extremadura	P	Área de Salud	70%



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de Ciclos sanitarios de Formación profesional de grado medio y superior de la Comunidad Autónoma de Extremadura en los que se ha incluido la formación en seguridad de pacientes en el programa formativo	N.º de Ciclos sanitarios de Formación profesional de grado medio y superior de la Comunidad Autónoma de Extremadura en los que se ha incluido la formación en seguridad de pacientes en el programa formativo / n.º de Ciclos sanitarios de Formación profesional de grado medio y superior de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Área de Salud	70%

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

Objetivo 2.1: Promover el uso seguro del medicamento

Los errores en el uso y manejo de la medicación causan entre un 23% (EVADUR) un 37,4% (ENEAS) y un 48,2% (APEAS) de los Incidentes/EA según estudios españoles de diversos niveles asistenciales. En una revisión de estudios hospitalarios internacionales realizada en 2014 se encontró una media del 14%. Otros autores consideran los errores relacionados con medicamentos la principal causa de eventos adversos en los hospitales, representando un 19,4% del total de lesiones que producen discapacidad o muerte. Es posible afirmar que los errores de medicación representan la tercera causa más frecuente de aparición de eventos centinela (11,4%) notificados a la JCI (The Joint Commission).

Según datos de la OMS, solo en los Estados Unidos de América, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de US\$ 42 000 millones al año, es decir, casi un 1% del gasto sanitario mundial. Por esta razón, la **OMS** lanzó en 2017 una iniciativa mundial llamada "**Medicación Sin Daño**" para reducir a la mitad los errores relacionados con la medicación en 5 años.

Estos errores suponen en muchos casos un coste humano por daño al paciente, aumento de su estancia hospitalaria y por tanto también del coste de su asistencia. Por ello hay que reforzar las medidas para evitarlos, potenciando la cultura de seguridad entre profesionales sanitarios y pacientes e instaurando barreras que limiten su aparición y sus consecuencias.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura, en el periodo de notificación 2013-2018, en la clasificación de los incidentes según su tipo, los incidentes relacionados con la medicación ocupan el segundo lugar en frecuencia relativa y número de incidentes. Dentro de éstos los incidentes relacionados con “medicamento erróneo”, “dosis incorrecta” y “paciente equivocado” son los más frecuentes.

OBJETIVOS

1. Mejorar el uso seguro del medicamento en todas sus fases (prescripción, dispensación y administración) y en todos los niveles y ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Emergencias Extrahospitalarias, Urgencias Hospitalarias, Hospitalización, Unidades corta estancia, consultas externas etc.) para minimizar y reducir los Errores de Medicación (EM).
2. Garantizar la continuidad asistencial de pacientes, asegurando la revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que está tomando tanto en las transiciones asistenciales como cuando es atendido por cada profesional sanitario.

ACTUACIONES

- Desarrollo e implementación de un sistema de **prescripción electrónica asistida** (PEA). En Atención Primaria, mantenimiento y desarrollo de herramientas de ayuda a la prescripción, y en Atención Especializada, en todas las unidades de hospitalización, incluida urgencias, implantación de la prescripción electrónica hospitalaria que incluya medidas de mejora de la prescripción:
 - Recomendaciones
 - Alertas de alergias e intolerancias
 - Detección de duplicidades
 - Detección de interacciones
 - Ayudas a la decisión clínica (guías terapéuticas de prescripción)
- Diseñar e implantar guías o protocolos de procedimientos normalizados de administración de medicamentos en el ámbito hospitalario y centros sociosanitarios, incluyendo identificación inequívoca de pacientes, fármaco, fecha, hora, dosis y vía de administración.
- Realización de guías o protocolos de Medicamentos de Alto Riesgo en los hospitales, centros donde aún no se disponga de ellos, y difusión de la herramienta MAR de las UMEs.
- Desarrollo e implantación de un Protocolo del **proceso de conciliación de la medicación** en la **transición asistencial** y cuando es atendido por un nuevo profesional sanitario, asegurando la revisión y actualización de esta a las



necesidades de salud del paciente en la medicación en las unidades de hospitalización y servicios médicos, quirúrgicos de Atención Especializada, Primaria y centros sociosanitarios.

- Realización de **Intervenciones farmacoterapéuticas** (IFT) entorno al uso seguro de medicamentos por parte del farmacéutico de Atención Primaria:
 - Comunicar una información relevante y basada en la evidencia a profesionales de medicina y/o enfermería, ya sea por escrito, documentalmente, o directamente, entrevista clínica o mediante sesión clínica en el EAP, pudiendo darse una o varias acciones a la vez.
 - La IFT podrá estar basada en cualquier problema de salud, medicamento o subgrupo de medicamento que sea de interés para alcanzar un uso más seguro, por ejemplo, osteoporosis y bifosfonatos.
 - Para la realización de la IFT se proporcionará a los FEAP la información necesaria, ya sea relativa a medicamentos y/o pacientes, listado de pacientes en tratamiento activo con un determinado fármaco objeto de la IFT.
 - En ellas se realizará siempre una evaluación de esta, para ello se comparará la situación previa a la actuación con los resultados obtenidos tras la intervención.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de hospitales del SES que tienen implantado sistema de prescripción electrónica asistida (PEA)	$\frac{\text{N.º de hospitales que tienen implantado en todas las unidades de hospitalización, incluida urgencias, un sistema de prescripción electrónica asistida (PEA)}}{\text{n.º de hospitales del SES}} \times 100$	P	Área de Salud	90%
	Porcentaje de hospitales de la Comunidad Autónoma que han difundido la guía de seguridad en la elaboración de medicamentos	$\frac{\text{N.º de hospitales que han difundido la guía de seguridad en la elaboración de medicamentos}}{\text{n.º de hospitales de la Comunidad Autónoma}} \times 100$	p	Área de Salud	
	Guía o protocolo de procedimientos normalizados de administración de medicamentos en unidades de hospitalización o centros	$\frac{\text{Guía o protocolo de procedimientos normalizados de administración de medicamentos, incluyendo identificación inequívoca de pacientes, fármaco, fecha, hora, dosis y vía de administración diseñado e implantado en cada unidad de hospitalización o centros}}{\text{n.º unidades de hospitalización del hospital o centros}} \times 100$	E	Área de Salud	30% en el segundo año de vigencia del plan y 60% en el tercero y 90% en el siguiente

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de profesionales de una unidad o centros formados en las guías, protocolos y procedimientos normalizados de administración de medicamentos	N.º profesionales de una unidad/centros formados en las guías, protocolos y procedimientos normalizados de administración de medicación x 100 / n.º profesionales de esa unidad de hospitalización o centros	P	Área de Salud	30% en el segundo año de vigencia del plan y 60% en el tercero y 90% en el siguiente
	Porcentaje de hospitales, centros residenciales, UMEs y PACs de la Comunidad Autónoma que han impartido sesiones sobre difusión de Guía de medicamentos de alto riesgo o de la herramienta de MAR	N.º de sesiones sobre difusión de Guía de medicamentos de alto riesgo o de la herramienta de MAR realizadas en la Comunidad Autónoma x 100 / n.º de hospitales, centros, UMEs y PACs de la Comunidad Autónoma	P	Área de Salud	50% en el primer año de vigencia y 100% en el siguiente
	Protocolo normalizado del proceso de conciliación de la medicación	Existencia de un Protocolo normalizado del proceso de conciliación de la medicación	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes	Sin estándar
	Porcentaje de profesionales formados en el Protocolo del proceso de conciliación de la medicación	N.º profesionales formados de una unidad de hospitalización/centro de AP, residencial o sociosanitario Protocolo del proceso de conciliación de la medicación x 100 / n.º profesionales de esa unidad de hospitalización o centros	P	Área de Salud	50% el último año de vigencia del plan
	Porcentaje de hospitales y Centros que aplican el programa de conciliación x 100 / N.º Centros sanitarios totales del SES	N.º de hospitales y Centros que aplican el programa de conciliación x 100 / n.º Centros sanitarios totales del SES	P	Área de Salud	50% el último año de vigencia del plan
	Intervenciones Farmacoterapéuticas	N.º IFT realizadas por Farmacéutico EAP anualmente. (Estándar n.º IFT ≥ 2)	R	Área de Salud	≥ 2 (Según contrato de gestión SES)
	Categorización de nuevos fármacos	% NOVEDADES 0-1/ Total E.F. por Área de Salud. (SPFAR)* * Nota: (*) SPFAR; Seguimiento de la prescripción farmacéutica. Aplicación que serviría para la obtención de datos	R	Área de Salud	<3 (Según contrato de gestión SES) (Valor de referencia en general)
	Prescripción por principio activo	% Prescripción por principio activo / Área de Salud. (SPFAR)* (Estándar: media del SES).	R	Área de Salud	>70 (2018, SNS=60,9 y SES=60,5)



Objetivo 2.2: Vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso optimizado de antimicrobianos

La complejidad y especialización de la atención sanitaria actual ha significado un importante beneficio para pacientes, así como, un esfuerzo para el sistema sanitario y sus profesionales con el objetivo de garantizar una elevada calidad en la asistencia sanitaria.

Sin embargo, estos avances han supuesto una mayor probabilidad de riesgo de ocasionar efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria. El Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) indicó que el 25,3 % de los EA recogidos estaban relacionados con la infección nosocomial y de ellos el 56,6% se consideraron evitables, mientras que en el estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS), el 8,4% de los EA estaban relacionado con las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS).

Las IRAS son un importante problema de salud pública y de la asistencia sanitaria y sociosanitaria cuya magnitud debe ser valorada por su transcendencia humana, social, sanitaria, económica y legal, que se plasma en un aumento de la morbimortalidad, de las estancias hospitalarias, de la resistencia a los antimicrobianos, del aumento del coste sanitario así como del sufrimiento de los pacientes y de su entorno, de ahí que las IRAS constituyan un indicador de calidad de la asistencia sanitaria y un reto para los sistemas sanitarios.

La interacción de los diferentes factores implicados en las IRAS como el mayor número de procesos invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos, el envejecimiento de la población, la atención a pacientes inmunodeprimidos así como, el elevado consumo de antimicrobianos tanto en atención especializada como en atención primaria, entre otros, facilitan el aumento de estas infecciones y en particular de las producidas por microorganismos resistentes a los antimicrobianos dificultando su tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima en la Unión Europea, anualmente, 4,5 millones de IRAS al año lo que suponen cerca de 37.000 fallecimientos que son consecuencia directa de estas infecciones, contribuyendo a la mortalidad de 110.000 casos y 16 millones de estancias hospitalarias adicionales. Se calcula que los costes asociados en 2004 fueron aproximadamente de 7 billones de euros.

Las IRAS como problema de salud pública prioritario, se enmarca en las líneas de vigilancia y control definidas por la Comisión Europea y el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC) siendo su prevención y control una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

El estudio SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control), en los años 70, mostró que alrededor del 32% de las infecciones nosocomiales podrían evitarse si se

adoptasen programas eficaces de control de la infección y que la vigilancia activa es un componente esencial en los programas de control de infecciones. Un 20-30% de las IRAS podrían prevenirse mediante programas de control e higiene siendo los sistemas de vigilancia una importante herramienta en el logro de este objetivo.

Por otra parte y con objeto de dar cumplimiento a la Comunicación de la Comisión Europea, del 17 de noviembre de 2011, por la que se solicita a los Estados miembros un plan de acción sobre resistencias a los antibióticos, desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y coordinado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) se está desarrollando un “Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos”, en el que se incluye la medicina humana como veterinaria y tiene como objetivo reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos en el cual colabora nuestra C. A.

OBJETIVOS

1. Potenciar los sistemas de vigilancia epidemiológica como base de los programas de prevención y control de las IRAS.
2. Implantar el desarrollo de medidas dirigidas a la prevención y control de las IRAS.
3. Promover el uso optimizado de antimicrobianos en los centros asistenciales.

ACTUACIONES

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

- Elaborar e implantar un Programa de vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y el uso optimizado de antimicrobianos.
- Establecer un sistema de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria a nivel autonómico y participar en el existente a nivel nacional para permitir el control de su evolución y la comparabilidad de resultados entre centros y servicios.
- Desarrollar e implantar el sistema de información del Sistema de Vigilancia de la IRAS de Extremadura (SEVIRAS) conforme a los módulos establecidos a nivel nacional.
- Mantener, actualizar y consolidar las guías y protocolos de vigilancia de las IRAS existentes a nivel autonómico.



- ✓ Protocolo de vigilancia, prevención y control de los microorganismos multirresistentes y de especial vigilancia epidemiológica en el entorno hospitalario.
- ✓ Guía de actuación para el cuidado de residentes infectados o colonizados por microorganismos multirresistentes. SEPAD-SES.
- Consolidar la participación en los estudios nacionales: EPINE, ENVIN-HELICS.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

- Disponer en las áreas sanitarias de una Comisión de Infecciones, profilaxis y política antibiótica con renovación periódica conforme al RD 521/87 y adaptada a las características sanitarias de cada área para la gestión de la infección.

PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS

- Fomentar y mantener el Programa higiene de manos en todos los centros sanitarios y sociosanitarios.
- Coordinar con la Consejería de Educación el programa de higiene de manos en los centros educativos de la Comunidad Autónoma.
- Establecer criterios en base a la evidencia científica para la adjudicación de soluciones de base alcohólica en igualdad de condiciones para todos los centros sanitarios.
- Concienciar y fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos a los profesionales en todos los centros sanitarios y sociosanitarios.
 - ✓ Impulsar la labor de las Unidades y profesionales referentes en higiene de manos en los diferentes centros en materia de asesoramiento y formación para el resto de las profesionales.
 - ✓ Establecer anualmente un programa formativo para todas las Unidades y Servicios de los centros sanitarios con el respaldo de la dirección de los diferentes centros.
 - ✓ Elaboración de materiales para su distribución entre los profesionales.
- Concienciar y fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos a pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes en todos los centros sanitarios y sociosanitarios.
 - ✓ Impulsar la formación por parte de los profesionales a pacientes, familiares, cuidadores y visitantes en higiene de manos durante su estancia en los centros.

- ✓ Elaboración de materiales dirigidos a pacientes, familiares, cuidadores y visitantes que faciliten conocer la importancia y técnica de una correcta higiene de manos.
- Aumentar la participación de profesionales, pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes en la Jornada Mundial de la Higiene de manos el 5 de mayo.
- Realizar la observación en higiene de manos por parte de profesionales referentes en higiene de manos.

HIGIENE HOSPITALARIA

- Realizar una guía o protocolo del uso adecuado de antisépticos y desinfectantes en los centros sanitarios y sociosanitarios.
- Elaborar protocolos para la aplicación de recomendaciones de consenso en base a la evidencia científica en la preparación y procesamiento de equipos, dispositivos y materiales.
- Elaborar una guía para la gestión del proceso de esterilización.
- Realizar un protocolo unificado conforme a la normativa vigente de bioseguridad ambiental en las salas de ambiente controlado.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EN UNIDADES ASISTENCIALES Y CENTROS RESIDENCIALES

- Implantar y evaluar los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero dirigidos a disminuir y controlar las infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica, respectivamente en las unidades de cuidados intensivos y su expansión a otras unidades del hospital adaptándolas a sus características.
- Implantar el proyecto Infección del tracto urinario zero para la prevención de las infecciones urinarias relacionadas con el uso de sondaje vesical en las unidades de cuidados intensivos y la expansión de las medidas de prevención a otras unidades del hospital, centros residenciales y sociosanitarios, adaptándolas a sus características.
- Implantar el Protocolo de vigilancia, prevención y control de los microorganismos multirresistentes y de especial vigilancia epidemiológica en el entorno hospitalario de la Dirección General de Salud Pública en los centros sanitarios.
- Implantar y evaluar el proyecto Resistencia zero para disminuir la tasa de microorganismos multirresistentes en las unidades de cuidados intensivos.



- Implantar y evaluar el proyecto infección quirúrgica zero para la prevención y control de la infección en el sitio quirúrgico en los procedimientos seleccionados.
- Implantar y evaluar el programa flebitis zero para la prevención de la flebitis asociada a catéter venoso de inserción periférica y la expansión de las medidas de prevención a los centros sociosanitarios, adaptándolas a sus características.
- Implantar y evaluar la identificación y tratamiento temprano de la sepsis. Código sepsis.
- Actualizar y desarrollar nuevas guías de actuación y programas específicos de prevención y control de las infecciones adaptados a los centros sociosanitarios.

OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS

- Elaborar un Programa Institucional PROA del SES
- Diseñar e implantar programas de optimización de uso de antibióticos (PROA) en atención especializada y en atención primaria en todas las Áreas de Salud.
- Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencia y sensibilidad a antibióticos en las diferentes áreas y a nivel autonómico.
- Implantar y difundir la Guía de Antimicrobianos de referencia de la AEMPS.
- Desarrollar programas de prescripción diferida en el ámbito del paciente ambulatorio (atención primaria y centros sociosanitarios).
- Implantar en todas las Áreas de Salud en el ámbito de AP la prueba rápida del test de estreptococos.
- Elaborar y desarrollar programas de educación para la salud sobre antibióticos dirigidos a la población.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Comisiones de infecciones, profilaxis y política antibiótica (CIPPA) funcionantes	N.º áreas de salud de la CCAA con CIPPA funcionante x 100 / n.º áreas de salud de la C.A.	P	CCAA	≥ 4 reuniones anuales/ CIPPA
	Módulos SEVIRAS implantados	N.º de módulos implantados en las áreas *100/ 37 módulos posibles	E	CCAA	100% en el último año del Plan
L2O2.2.2	Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención	N.º camas de UCI, incluidas CUI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / n.º camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la C.A.	E	Programa HM	100% anual
L2O2.2.3	Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención	N.º camas de hospitalización de la CCAA con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / n.º camas de hospitalización de la C.A.	E	Programa HM	100% anual
L2O2.2.4	Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización	N.º litros entregados x 1000 / n.º estancias en el periodo evaluado	R	Programa HM	≥ Media nacional anual
L2O2.2.5	Consumo preparados de base alcohólica en CAP	N.º litros PBA entregados x 1000 / n.º consultas en el período evaluado	R	Programa HM	≥ Media nacional anual
L2O2.2.6	Observación del cumplimiento de la higiene de manos	N.º acciones de higiene de las manos x 100 / n.º oportunidades de higiene de manos observadas	R	Programa HM	≥ Media nacional anual
L2O2.2.7	Observación del uso de PBA	N.º acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica x 100 / n.º oportunidades de higiene de manos observadas	R	Programa HM	≥ Media nacional anual
	Guía/protocolo uso antisépticos y desinfectantes	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	CCAA	100% en el segundo año del Plan
	Protocolo para preparación y procesamiento de equipos, dispositivos y materiales	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	CCAA	100% en el tercer año del Plan
	Guía para la gestión del proceso de esterilización	N.º de Hospitales con guía implantada*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	CCAA	100% en el cuarto año del Plan
	Protocolo de Bioseguridad ambiental en Salas de ambiente controlado	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	CCAA	100% en el primer año del plan



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Implantar el Protocolo/Módulo de Prevalencia IRAS	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	SEVIRAS	100% en el último año del Plan
	Prevalencia de infección nosocomial	N.º de infecciones nosocomiales *100/ Total de pacientes hospitalizados	R	EPINE/ MODULO PREVALENCIA SEVIRAS	≤ Media nacional anual
	Prevalencia de pacientes con infección nosocomial	N.º de pacientes infectados *100/ Total de pacientes hospitalizados	R	EPINE/ MODULO PREVALENCIA SEVIRAS	≤ Media nacional anual
	Implantación Protocolo/Módulo de Vigilancia de IRAS-UCI	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A. con UCI	E	SEVIRAS	100% en el último año del Plan
L2O2.2.8	Densidad de Incidencia de Bacteriemia relacionada con Catéter Venoso Central (BRC)	N.º episodios de bacteriemia x 1000 días de CVC / n.º días de CVC	R	Programa BZ/ MODULO IRAS-UCI SEVIRAS	<3 Bacteriemias x1000 días de CVC
L2O2.2.9	Densidad de Incidencia de BRC (confirmadas)	N.º episodios de bacteriemia confirmada x 1000 días de CVC / n.º días de CVC	R	Programa BZ/MODULO IRAS-UCI SEVIRAS	≤ Media nacional anual
	Densidad de Incidencia de BS	N.º episodios de BS x 1000 días de CVC / n.º días de estancia	R	Programa BZ/MODULO IRAS-UCI SEVIRAS	≤ Media nacional anual
L2O2.2.10	Densidad de incidencia de Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)	N.º episodios de NAVM x 1000 días de VM / n.º días de VM	R	Programa NZ/MODULO IRAS-UCI SEVIRAS	< 7 episodios de NAVM x 1000 días de VM (anual)
L2O2.2.11	Densidad de incidencia de Infección del tracto urinario por catéter (ITU-SU)	N.º episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje uretral / n.º días de sondaje	R	Programa ITUZ/MODULO IRAS-UCI SEVIRAS	< 2,7 episodios de ITU-SU x 1000 días de sondaje (anual)
L2O2.2.15	Profesionales sanitarios con formación en "Proyecto ITU-ZERO"	N.º profesionales sanitarios adscritos a la UCI formados en el proyecto "ITU-ZERO" x 100 / n.º profesionales sanitarios adscritos a la UCI		Programa ITUZ	≥80% en el primer año de vigencia del plan. ≥90% en los siguientes años de vigencia del plan.
	Implantación Protocolo/módulo de Vigilancia de MMR	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	SEVIRAS	100% en el último año del Plan
	Incidencia acumulada de infección por MMR	N.º total de casos nuevos de infección por microorganismo vigilado en el periodo de estudio*100/ n.º pacientes ingresados.	R	MODULO MMR SEVIRAS	≤ Media nacional anual
	Densidad de incidencia de infección por MMR	N.º total de casos nuevos de infección por microorganismo vigilado en el periodo de estudio*1000/ n.º de pacientes-día.	R	MODULO MMR SEVIRAS	≤ Media nacional

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L202.2.23	Tasas de pacientes con una o más BMR adquiridas en UCI	N.º pacientes ingresados en UCI con una o más BMR x 1000 días de estancia en UCI / n.º días de estancia en UCI		Programa RZ/Modulo MMR SEVIRAS	<5 BMR adquiridos en UCI/1000 días de estancia
L202.2.24	Tasa de días libres de uso de antibióticos	N.º días-paciente que no recibe antibióticos sistémicos por 1000 días de estancia en UCI / n.º días de estancia en UCI		Programa RZ	≤ Media nacional Anual
	Implantación Protocolo de Vigilancia de la infección de localización quirúrgica	N.º de Hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	SEVIRAS	100 %
	Incidencia acumulada de infección de localización quirúrgica (ILQ)	N.º de ILQ detectadas después de un procedimiento quirúrgico tipo "X" en el periodo de estudio*100/n.º total de intervenciones del procedimiento quirúrgico tipo "X" en el periodo de estudio.	R	Programa IQZ/ MODULO ILQ SEVIRAS	Reducir un 15 % la incidencia de ILQ del estudio basal
	Incidencia Acumulada de ILQ según grado de contaminación de la cirugía	N.º de ILQ detectadas en un grado de contaminación "Z" en el procedimiento vigilado en el periodo de estudio *100/ n.º total de intervenciones con grado de contaminación "Z" del procedimiento vigilado en ese periodo de estudio.	R	Programa IQZ/ MODULO ILQ SEVIRAS	Sin estándar
	IA de ILQ según índice de riesgo básico de ILQ	N.º de ILQ detectadas en cirugías con índice de riesgo básico de ILQ "X" (total o por procedimiento vigilado) en un periodo de tiempo*100/ n.º total (o por procedimiento vigilado) de cirugías con índice de riesgo básico de ILQ "X" realizadas en ese periodo de tiempo.	R	Programa IQZ/ MODULO ILQ SEVIRAS	Sin estándar
	Implantación Protocolo/Módulo Brotes de IRAS	N.º de hospitales con protocolo implantado*100/ n.º hospitales de la C.A.	E	SEVIRAS	100% al segundo año de vigencia del plan
	Código Sepsis (CS) Implantados	N.º de áreas de Salud con CS implantado *100/ n.º de áreas de Salud	E	CCAA	100% el último año de vigencia del plan
	Pacientes con criterios de sepsis-SS y activación de CS	N.º de pacientes sepsis-SS que se ha activado CS*100/ n.º pacientes con Sepsis/SS	C	JARA	100% anual



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L2O2.2.1	Hospitales con programa PROA o similar	$N.^\circ \text{ hospitales de la C. A. con programa PROA o similar} \times 100 / n.^\circ \text{ hospitales de la C. A.}$	E	CCAA	>30% el segundo año de vigencia del plan >85% el último año de vigencia del plan
	Áreas de Salud con programa PROA en Atención Primaria o similar	$N.^\circ \text{ áreas de Salud de la C. A. con programa PROA en Atención Primaria o similar} \times 100 / n.^\circ \text{ áreas de Salud de la C. A.}$	E	CCAA	>30% el segundo año de vigencia del plan >85% el último año de vigencia del plan
	Mapa de resistencia y sensibilidad a antibióticos	$N.^\circ \text{ áreas de Salud de la C. A. con mapa de resistencia y sensibilidad a antibióticos} \times 100 / n.^\circ \text{ áreas de Salud de la C.A.}$	E	Microbiología de las áreas	$\geq 75\%$

Objetivo 2.3: Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía

La cirugía es un componente esencial de asistencia sanitaria y aunque el propósito de esta es salvar vidas, la falta de seguridad en la atención quirúrgica puede provocar daños considerables. Se registran complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente. Hasta un 25% de pacientes quirúrgicos hospitalizados sufren complicaciones postoperatorias siendo estas evitables al menos en la mitad de los casos. Los principios reconocidos de seguridad de la cirugía se aplican de forma irregular, incluso en los entornos más avanzados.

La OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía. En 2007 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente formuló el Segundo Reto con el lema “La Cirugía Segura Salva Vidas”, para promover la sensibilización y el compromiso político de los Estados miembros para la implementación de prácticas seguras en cirugía.

Se definieron 10 objetivos esenciales que se condensaron en la lista de verificación quirúrgica que es la herramienta que apoya los procedimientos de práctica clínica sin poner en duda el juicio clínico de los profesionales. El listado salió a la luz en junio de 2008 y se realizó un estudio multicéntrico realizado en 8 hospitales de diferentes países. Los datos basales del estudio se obtuvieron en cada centro durante los 3 meses previos a la introducción del LVQ. En total se contaron 3733 intervenciones quirúrgicas. En el periodo subsiguiente de 3-6 meses después de la introducción de los LVQ (respetando un periodo ventana de 3 meses), se incluyeron 3955 intervenciones.

Los resultados mostraron un descenso en la mortalidad (de 1,5% a 0,8%) y en la tasa de complicaciones (de 11% a 7%) y el número de muertes postoperatorias luego de intervenciones de seriedad en estos hospitales experimentó una reducción de más de un 40 por ciento. Realizaron análisis de sensibilidad excluyendo uno por uno cada centro del análisis para probar que el peso de todos ellos era similar. También mostraron que el rendimiento de seis indicadores específicos de seguridad (p.ej. uso del pulsioxímetro) fue otra de las acciones que mejoró después de la implementación de los listados de verificación quirúrgica de la OMS.

Dado que los EA notificados en 2018 ocurridos en el Bloque Quirúrgico en Extremadura representan el 10,36% del total y que en 2017 el número de intervenciones quirúrgicas realizadas fueron las que muestra el gráfico 1. Son datos que apoyan la magnitud e importancia de abordar la seguridad en el Bloque Quirúrgico y como piedra angular de la misma, la implementación de prácticas seguras.

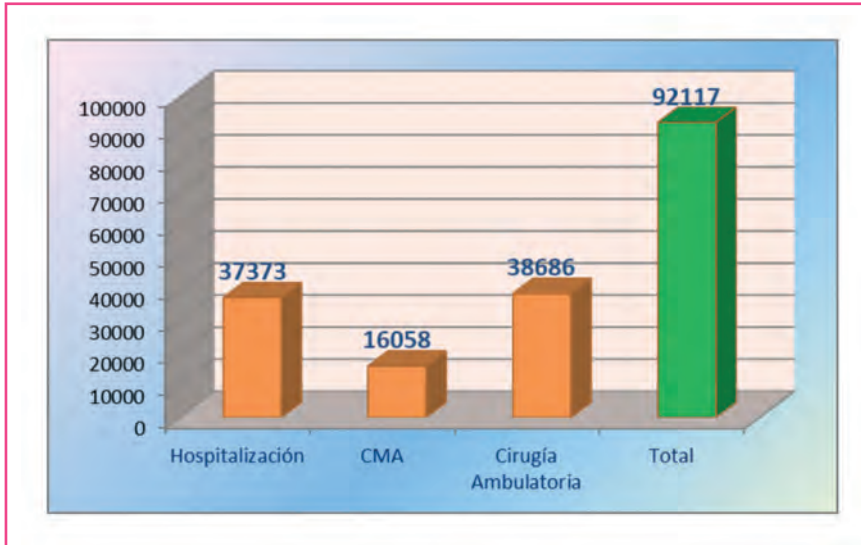


Gráfico 1. Intervenciones Quirúrgicas Comunidad Extremadura 2017.
Fuente, Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Mejorar la seguridad de pacientes que son sometidos a una intervención quirúrgica.

ESPECÍFICOS

1. Evaluar y promover la cultura de Seguridad en cada profesional del Bloque Quirúrgico.
2. Mejorar la comunicación entre profesionales del equipo quirúrgico para que ésta sea eficaz y fluida de manera que intercambien información fundamental que pueda afectar al desarrollo de una intervención segura mediante formación específica en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.).
3. Fomentar la adhesión de los hospitales de la Comunidad Autónoma de Extremadura al Programa de Cirugía Segura e Infección Quirúrgica Zero del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

4. Promover la implementación de prácticas clínicas seguras en todo el proceso de atención al paciente quirúrgico.
5. Reducir el número de infecciones en el lugar quirúrgico.

ACTUACIONES

- Implementar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) a Pacientes Quirúrgicos para garantizar la aplicación de las prácticas seguras basadas en la evidencia.
- Mantener actualizado, adaptado y evaluado el PAI a Pacientes Quirúrgicos conforme a la evidencia científica y con el consenso de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- Adhesión de los hospitales de la Comunidad Autónoma al Programa de Cirugía Segura del Sistema Nacional de Salud, implantar las recomendaciones y monitorizar los indicadores.
- Adhesión de los hospitales de la Comunidad Autónoma al Proyecto Infección Quirúrgica Zero, implantar las recomendaciones recogidas en este proyecto y monitorizar los indicadores.
- Realizar formación participativa y motivadora anual a profesionales del equipo quirúrgico, que favorezca la comunicación eficaz, trabajo en equipo y resolución de conflictos.
- Realizar sesiones clínicas conjuntas mensuales de profesionales del equipo quirúrgico para formación, definir objetivos, determinar acciones concretas, temporalidad de estas y evaluación de la consecución de objetivos.
- Elaborar un protocolo unificado de profilaxis del tromboembolismo venoso para todos los centros públicos.
- Implantar el etiquetado normalizado de la medicación inyectable de acuerdo a los estándares y códigos de color internacionales.
- Desarrollar un Protocolo de manejo de la vía aérea difícil en cada hospital.
- Elaborar protocolo de hemorragia masiva en cada hospital.
- Supervisar, por parte de las direcciones asistenciales, el seguimiento y evaluación de la realización y cumplimentación del listado de verificación quirúrgica.



INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Implementación PAI	N.º de áreas con PAI implantado x 100/ n.º total de áreas.	P	Coordinador/a Seguridad Pacientes del Área	100% primer año de vigencia del plan
	Reuniones del Grupo Autónomo del PAI del Paciente Quirúrgico	N.º de reuniones del Grupo Autónomo del PAI del Paciente Quirúrgico	P	Coordinadora Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma	2 reuniones anuales
L2O2.3.1	Hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura	N.º hospitales adheridos al Programa de Cirugía Segura x 100 / n.º hospitales de la C. A.	P	Coordinadora Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma	70% primer año de vigencia del plan 100% segundo año
L2O2.3.2	Profesionales que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP	N.º profesionales de quirófano del hospital que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP x 100 / n.º profesionales de quirófano del hospital	P	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	25% primer año de vigencia del plan, 75% año siguiente
L2O2.3.3	Profesionales que completan la formación en SP prevista en el programa	N.º profesionales de quirófano del hospital que completan la formación para la aplicación del programa x 100 / n.º profesionales de quirófano del hospital	P	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	25% primer año de vigencia del plan, 75% año siguiente
	Hospitales adheridos al Proyecto IOZ	N.º hospitales adheridos al Proyecto IOZ x 100 / n.º hospitales de la C. A.	P	Coordinadora Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma	30% primer año de vigencia del plan 60% segundo año, 100% tercer año
	Proporción de hospitales con las normas de profilaxis antibiótica quirúrgica actualizadas hace menos de 5 años	N.º de hospitales que cumplen x100 / N.º total de hospitales de la Comunidad Autónoma	E	CIPPA	100% anual
L2O2.3.19	Cumplimiento global de la profilaxis antibiótica	N.º intervenciones con criterio cumplido x 100 / n.º intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IOZ	
L2O2.3.20	Cumplimiento global de la aplicación de clorhexidina alcohólica	N.º intervenciones con criterio cumplido x 100 / n.º intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IOZ	
L2O2.3.21	Cumplimiento global de la eliminación del vello	N.º intervenciones con criterio cumplido x 100 / n.º intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IOZ	
L2O2.3.22	Cumplimiento global de la normotermia	N.º intervenciones con criterio cumplido x 100 / n.º intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IOZ	

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L202.3.23	Cumplimiento global de la normogluemia	N.º intervenciones con criterio cumplido x 100 / n.º intervenciones con LVQ recogidos	P	Proyecto IQZ	
	Hospitales imparten formación comunicación eficaz	N.º áreas que imparten formación participativa y motivadora en comunicación eficaz, trabajo en equipo y resolución conflictos x 100/ n.º áreas de la Comunidad Autónoma	P	Responsables de Formación de las Áreas	1 sesión anual por Área de Salud
	Sesiones mensuales conjuntas del equipo quirúrgico	N.º sesiones clínicas conjuntas anuales del equipo quirúrgico / 12 meses	P	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	12 sesiones anuales
L202.3.2	Profesionales que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP	N.º profesionales de quirófano del hospital que cumplimentan el cuestionario de cultura de SP x 100 / n.º profesionales de quirófano del hospital	P	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	
L202.3.3	Profesionales que completan la formación en SP prevista en el programa	N.º profesionales de quirófano del hospital que completan la formación para la aplicación del programa x 100 / n.º profesionales de quirófano del hospital	P	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	
	Protocolo unificado de tromboembolismo para la Comunidad Autónoma	Disponer de un protocolo unificado del tromboembolismo venoso para toda la Comunidad Autónoma	E	Coordinador/a Seguridad Pacientes de la Comunidad Autónoma	Segundo año de vigencia del Plan
L202.3.7	Adecuación de la Profilaxis tromboembólica farmacológica	N.º pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis farmacológica con profilaxis tromboembólica correcta x 100 / n.º pacientes intervenidos de cirugía mayor e indicación de tromboprofilaxis	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS	
L202.3.8	Incidentes o eventos tromboembólicos	N.º pacientes quirúrgicos con diagnóstico secundario de tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda x 1000 / n.º procedimientos quirúrgicos	R	Programa de Cirugía Seguras del SNS	
L202.3.9	Disponibilidad de etiquetas de medicación	N.º quirófanos con disponibilidad de etiquetas para medicación x 100 / n.º quirófanos de cirugía mayor en el hospital	E	Programa de Cirugía Seguras del SNS	



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L2O2.3.10	Utilización de etiquetado de medicación	N.º intervenciones donde se utiliza las etiquetas para medicación x 100 / n.º intervenciones realizadas	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS	
	Protocolo manejo de vía aérea difícil	N.º de hospitales que disponen de protocolo de manejo vía aérea difícil x 100/ n.º hospitales de la Comunidad Autónoma	E	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	50% segundo año de vigencia y 100% tercer año de vigencia del Plan
	Protocolo de hemorragia masiva	N.º de hospitales que disponen de protocolo de hemorragia masiva x 100/ n.º hospitales de la Comunidad Autónoma	E	Responsable Programa Cirugía Segura / Coordinador/a Seguridad Pacientes	50% segundo año de vigencia y 100% tercer año de vigencia del Plan
L2O2.3.4	Pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado el LVQ	N.º pacientes de la C.A. intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ x 100 / n.º pacientes intervenidos de cirugía programada en la C. A.	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS	
L2O2.3.6	Listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata	N.º LVQ en los que se detecta, durante su utilización, algún incidente que da lugar a una acción correctora inmediata x 100 / n.º LVQ cumplimentados	P	Programa de Cirugía Seguras del SNS	
L2O2.3.11	Porcentaje de reingresos urgentes tras cirugía programada	N.º pacientes que, tras un episodio de hospitalización para cirugía programada, causan reingreso x 100 / n.º altas del período en pacientes atendidos por dicha causa	R	CMBD	
L2O2.3.12	Ratio de reintervenciones en cirugía programada	N.º pacientes que son llevados a quirófano de manera no programada durante el mismo ingreso o hasta 30 días desde la intervención previa x 100 / n.º pacientes intervenidos de forma programada	R	CMBD	
L2O2.3.13	Mortalidad postoperatoria	N.º pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x 100 / n.º pacientes intervenidos de cirugía programada con ingreso.	R	CMBD	

Objetivo 2.4: Promover la implantación de prácticas seguras en cuidados de los pacientes

La seguridad del paciente es un componente clave en la calidad asistencial, y dado que los EA que se producen en la asistencia sanitaria representan una causa de elevada morbi-mortalidad resulta necesario la promoción de prácticas seguras en la prestación de cuidados, tanto en el paciente hospitalizado como en el domiciliario, siendo necesario el desarrollo de estrategias que fomenten la realización de prácticas seguras en cuidados, suponiendo esto trabajar con la metodología científica en la práctica asistencial que permita al personal sanitario prestar los cuidados que demandan pacientes, su familia, y la comunidad de una manera estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

La tendencia universal en la atención de enfermería es realizarla a través de los planes de cuidados individualizados, que se adapten a cada paciente y que ayuden a sistematizar los procedimientos de forma segura dando continuidad a los cuidados con el objeto de unificar los criterios de atención y procurar el máximo de calidad de vida.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Aumentar la Seguridad a Pacientes, prestando cuidados seguros a pacientes, familia y personal cuidador.

ESPECÍFICOS

1. Identificar prácticas seguras.
2. Elaborar guías de prácticas seguras e implementar.
3. Desarrollar planes de cuidados individualizados y adaptados a las necesidades de cada paciente, que incluyan aspectos de seguridad, tanto en ingresos hospitalarios como en domicilios.

2.4.1. Prevención de caídas y lesiones asociadas

Según la OMS, la caída, es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Las caídas, entre la población atendida en el ámbito sanitario, representan un problema común y persistente, variando sus tasas en función de distintos factores (intrínsecos e intrínsecos), del entorno y de las prácticas sanitarias.

Anualmente se cae un 30% de las personas mayores de 65 años, y de éstos, más de la mitad volverá a caerse en el siguiente año. Un 10% del total de caídas provocan daños



graves de los que la mitad son fracturas y más del 84 por ciento de todos los EA en pacientes hospitalizados están relacionados con las caídas. Éstas tienen graves consecuencias, tanto físicas como psicológicas, sin olvidar su repercusión social y económica, además de tener una elevada mortalidad, ya que causan el 70 por ciento de las muertes por accidente en personas mayores de 75 años.

Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente y la comunidad autónoma. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.

Con el objetivo de identificar a las personas con riesgo de caídas, se utilizan escalas de valoración del riesgo que, además de realizar la valoración, permiten determinar sus causas y corregirlas y además son importantes para reducir aquellos factores presentes en las caídas. La valoración debe ser sistemática y se realizará ante cualquier cambio en el estado físico o mental de cada paciente.

Además de la valoración del individuo se debe llevar a cabo una valoración del entorno que permita identificar los factores de riesgo en el domicilio y comprobar el nivel de seguridad: presencia de alfombras, iluminación, suelos deslizantes, medidas de seguridad en aseos (barras de sujeción, alfombrillas antideslizantes...)

OBJETIVOS

1. Disminuir la incidencia de caídas.

ACTUACIONES

- Elaborar protocolo unificado de prevención, detección y evaluación del riesgo de caídas del SES con medidas basadas en la evidencia con la estandarización de las medidas de contención
- Formar a profesionales en la prevención de caídas.
- Identificar en pacientes mediante la evaluación del riesgo de caída.
- Educar a pacientes, familiares y personal cuidador en la prevención del riesgo de caídas.
- Establecer planes de cuidados efectivos y personalizados para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Protocolo de prevención, detención y evaluación de caídas	Existencia de protocolo actualizado de prevención, detención y evaluación de caídas	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Sin estándar
	Porcentaje de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión específica sobre seguridad de pacientes en prevención de caídas	N.º de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes en prevención de caídas, x100 / n.º de profesionales de enfermería del hospital o centro	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Unidades con implantación del protocolo de prevención de caídas	N.º de Unidades o centros con implantación del protocolo de prevención de caídas x100/ Total de Unidades del hospital o n.º total Centros	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Porcentaje de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caídas	N.º de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de caída en un periodo X100/ Total de pacientes asistidos	R	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Porcentaje de pacientes que sufren caídas durante la estancia	N.º de pacientes que sufren caídas durante la estancia hospitalaria o ingreso X 100/ Total de pacientes atendidos	R	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Disminución progresiva anual a partir de la implantación en la unidad o centro

2.4.2. Prevención de úlceras por presión

La incidencia de úlceras por presión es uno de los indicadores de calidad más importantes que dependen de los cuidados prestados por el personal de enfermería. Desde la perspectiva de la seguridad clínica, los sistemas de salud van aumentando el grado de importancia otorgado a las UPP considerándolas como un efecto adverso de la asistencia sanitaria. Suponen un problema complejo, una epidemia silenciosa, que continúa aumentando incluso en países en los que se realizan políticas activas para su prevención. Si a todo ello añadimos el elevado coste que suponen, de recursos humanos y materiales, el aumento de la morbi-mortalidad de quienes las sufren, las repercusiones legales (al ser lesiones evitables) y la disminución de la calidad de vida de cada paciente, la prevención de las UPP debe colocarse en un lugar destacado dentro de la promoción de las prácticas seguras en cuidados.



En España, según el 4º estudio Nacional de prevalencia de UPP realizado por el GNAUP (año 2013) la prevalencia de UPP en centros hospitalarios oscila entre el 7 y el 8%, habiendo aumentado en atención primaria del 7,9 al 9% respecto al estudio anterior en los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria y también en centros sociosanitarios, donde ha pasado del 12,6 al 14,2%. Así mismo es un problema que está comúnmente asociado al uso de dispositivos clínicos en el entorno de cuidados intensivos y de pediatría, donde el riesgo es notablemente mayor.

Por todo ello el riesgo de sufrir una UPP debe ser evaluado en pacientes hospitalizados, así como en pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria, y en los residentes de los centros sociosanitarios.

Para la correcta evaluación, prevención y tratamiento de las UPP se deben seguir las **recomendaciones recogidas en las guías clínicas destinadas a este fin, y la planificación de los cuidados** al respecto debe quedar recogida en el plan de cuidados individualizados de cada paciente, teniendo en cuenta la continuidad de estos entre diferentes niveles asistenciales.

OBJETIVOS

1. Disminuir el número de úlceras por presión en pacientes ingresados en hospitales, en centros sociosanitarios y en pacientes inmovilizados en domicilio.

ACTUACIONES

- Actualizar la Guía para la detección, prevención y tratamiento de UPP de aplicación en todos los ámbitos (hospitalario, domiciliario y centros sociosanitarios) de la Comunidad Autónoma.
- Nombrar a un responsable de úlceras por centro y/o unidad.
- Formar a profesionales en detección, prevención y tratamiento de UPP.
- Educar a familiares y cuidadores principales en la prevención de UPP.
- Monitorizar la aplicación de las recomendaciones para la detección, prevención y tratamiento de UPP a través de la evaluación de indicadores exportables desde la historia clínica.
- Realizar la planificación de los cuidados garantizando la continuidad de los mismos entre niveles asistenciales y entre profesionales.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Guía actualizada para la detección, prevención y tratamiento de UPP en todos los niveles asistenciales para la Comunidad Autónoma de Extremadura	Existencia de guía actualizada para la detección, prevención y tratamiento de UPP en todos los niveles asistenciales para la comunidad autónoma extremeña que recoja recomendaciones para familias y cuidadores	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma	Actualizada cada 3 años al menos
	Porcentaje de centros de Atención Primaria que han hecho difusión de la Guía de UPP entre profesionales	$N.º \text{ de centros de Atención Primaria que han realizado difusión de la Guía de UPP} \times 100 / n.º \text{ de centros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma}$	P	Dirección de Enfermería de Atención Primaria	50% segundo año de vigencia del Plan y 100% tercer año de vigencia del Plan
	Porcentaje de hospitales que han hecho difusión de Guía de UPP entre profesionales	$N.º \text{ de hospitales que han realizado difusión de la Guía de UPP} \times 100 / n.º \text{ de hospitales de la Comunidad Autónoma}$	P	Dirección de Enfermería de Atención Especializada	50% segundo año de vigencia del Plan y 100% tercer año de vigencia del Plan
	Nombrar a un responsable de UPP por centro/bloque/unidad	Existencia de responsable de UPP en los centros	E	Dirección de Enfermería de centros	50% segundo año de vigencia del Plan y 100% tercer año de vigencia del Plan
	Porcentaje de profesionales de enfermería que han recibido formación en UPP en el último año	$N.º \text{ de profesionales de enfermería que han recibido sesiones o formación en UPP en el último año} \times 100 / \text{Total de profesionales de enfermería}$	P	Responsables de formación de Áreas	30%
	Prevalencia de pacientes hospitalizados que desarrollan UPP	$N.º \text{ de pacientes hospitalizados que desarrollan una UPP} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes ingresados}$	R	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en jara se solicitaría a sist de información)	<3%
	Porcentaje de pacientes hospitalizados con evaluación del riesgo de UPP en las primeras 24 horas	$N.º \text{ de pacientes ingresados en hospital con evaluación del riesgo} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes ingresados}$	P	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en jara se solicitaría a sist de información)	100%



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de pacientes hospitalizados con evaluación del riesgo de UPP a los que se le ha realizado plan de cuidados en UPP	$N.^\circ \text{ de pacientes hospitalizados con evaluación del riesgo de UPP a los que se les ha realizado plan de cuidados de UPP} \times 100 / n.^\circ \text{ total de pacientes hospitalizados}$	P	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en JARA se solicitaría a sist de información)	50%
	Prevalencia de UPP en pacientes en programa de atención domiciliaria	$N.^\circ \text{ de pacientes en programa de atención domiciliaria con UPP} \times 100 / n.^\circ \text{ total de pacientes en programa de atención domiciliaria}$	R	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en jara se solicitaría a sist de información)	<5%
	Porcentaje de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria a los que se ha realizado la evaluación del riesgo de UPP en la primera visita	$N.^\circ \text{ de pacientes domiciliarios o residenciales con evaluación del riesgo en las primera visita} \times 100 / n.^\circ \text{ total de pacientes en el programa de atención domiciliaria}$	R	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en jara se solicitaría a sist de información)	100%
	Porcentaje de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria con evaluación del riesgo de úlceras a los que se le ha realizado plan de cuidados en UPP	$N.^\circ \text{ de pacientes de atención domiciliaria con evaluación de riesgo de UPP al os que se les ha realizado plan de cuidados de UPP} \times 100 / n.^\circ \text{ total de pacientes en atención domiciliaria}$	P	Auditoría Historia clínica (SI SE logra que se registre en jara se solicitaría a sist de información)	100%

2.4.3. Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran

La sujeción física o mecánica es un procedimiento extremo utilizado para restringir la movilidad de pacientes, usando los dispositivos adecuados, con el fin de evitar que se produzcan daños a dicho paciente, a terceras personas y/o al entorno, cuando hayan fracasado otras medidas alternativas como la contención verbal y la farmacológica.

Es una práctica no exenta de riesgos para la seguridad del paciente ya que puede provocar laceraciones, úlceras, isquemias, incontinencias, trombosis, agitación, síndromes de inmovilidad, fracturas e incluso la muerte por estrangulaciones o asfixia.

La contención mecánica además es una práctica controvertida, y debemos plantearnos dilemas éticos, clínicos y sociales. Tiene además importantes implicaciones legales ya que suponen la coartación de derechos fundamentales del individuo, como es la libertad, y puede vulnerar principios básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal.

En el entorno de la salud mental existen protocolos bien definidos sobre su indicación y procedimiento (Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura), siendo una práctica extrema que se aplica siempre que han fracasado otras alternativas terapéuticas y exista prescripción facultativa y dispongamos de material homologado para ello.

En el medio hospitalario, tanto en los servicios médicos como quirúrgicos, se justifica su utilización en la necesidad de prevenir caídas o evitar la interrupción de tratamientos, para mantener el correcto funcionamiento de dispositivos (catéteres, sondas, drenajes, etc.) o para controlar estados temporales de agitación de origen orgánico. En el ámbito de la atención de las personas mayores, especialmente en los cuidados de larga duración en ancianos, en centros residenciales, la práctica es también justificada por los mismos motivos.

En este contexto encontramos también que no existe en el momento actual una normativa específica a nivel nacional que regule el empleo de métodos de sujeción en la atención sanitaria que sirva de referencia a los profesionales sanitarios.

Por todo ello se hace necesario reducir al mínimo indispensable la aplicación de la sujeción mecánica, definiendo claramente su aplicación y su procedimiento en los distintos ámbitos, especialmente en atención especializada y centros residenciales, con la finalidad de respetar los derechos de cada paciente y evitar los EA que pudiera causar.

OBJETIVOS

1. Disminuir el número de sujeciones mecánicas en la atención hospitalaria y en atención primaria, definiendo el procedimiento específico en cada ámbito para hacerlo más seguro.

ACTUACIONES

- Realizar una guía de la Comunidad Autónoma que contenga la correcta indicación, procedimiento y responsabilidades en los distintos ámbitos asistenciales, teniendo como modelo el "Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura", teniendo en cuenta la evidencia científica, los derechos del paciente y el respeto al mismo, así como la legislación actual con la finalidad evitar EA derivados de su aplicación.
- Formar profesionales en la correcta aplicación de esta guía en cada ámbito de atención.
- Monitorizar la aplicación de las recomendaciones de la guía a través de la evaluación de indicadores.



- Realizar la planificación de los cuidados a cada paciente con contención mecánica teniendo en cuenta que éstos deben tener una vigilancia más estrecha y continua por el personal de enfermería.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo
	Guía de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la sujeción mecánica que recoja el procedimiento en atención primaria y especializada	Existencia de guía de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la sujeción mecánica que recoja el procedimiento en atención primaria y especializada	E	Coordinadora Seguridad Pacientes Comunidad Autónoma	Actualizada cada 5 años
	Porcentaje de profesionales de que han recibido formación en la práctica de sujeción mecánica en los centros y hospitales	$N.º \text{ de profesionales que han recibido sesiones o formación sobre contención mecánica} \times 100 / \text{Total de profesionales de los centros y hospitales}$	P	Responsables de formación de Áreas	50% tercer año de vigencia del plan y 90 % año siguiente
	Porcentaje de pacientes con sujeción mecánica ingresados en la Red de Salud Mental	$N.º \text{ de pacientes con sujeción mecánica hospitalizados en salud mental} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes ingresados en la Red de Salud Mental}$	R	Auditoría	<20%
	Porcentaje de pacientes con sujeción mecánica hospitalizados en unidades médicas, quirúrgicas y cuidados intensivos	$N.º \text{ de pacientes con sujeción mecánica hospitalizados en unidades médicas, quirúrgicas y cuidados intensivos} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes en estas unidades}$	R	Auditoría	<20%
	Existencia de consentimiento informado al paciente o persona responsable en los ámbitos de atención especializada, primaria y centros residenciales tanto en contenciones parciales como totales	$N.º \text{ de pacientes de atención especializada, domicilio y centros residenciales con consentimiento informado} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes en programa de atención domiciliaria}$	P	Auditoría historia clínica (consentimiento escrito o verbal registrado)	100%
	Porcentaje de pacientes con sujeción mecánica total con indicación facultativa en los ámbitos de salud mental, especializada y primaria	$N.º \text{ de pacientes sometidos a sujeción mecánica con indicación facultativa en cada ámbito} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes con sujeción mecánica}$	P	Auditoría Historia clínica	100%
	Porcentaje de pacientes con contención mecánica con vigilancia documentada de riesgos derivados de la sujeción	$N.º \text{ de pacientes sometidos a sujeción mecánica que tienen documentada la vigilancia de riesgos derivados de la misma} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes con sujeción mecánica}$	R	Auditoría Historia clínica	100%

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo
	Porcentaje de pacientes con sujeción mecánica que tienen planificación de cuidados relativos a la sujeción	$\frac{\text{N.º de pacientes con contención mecánica con planificación de cuidados para la contención} \times 100}{\text{total de pacientes con sujeción mecánica}}$	P	Auditoria historia clínica	100%

2.4.4. Prevención de la broncoaspiración

La broncoaspiración se define como el estado en el que una persona presenta secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sustancias sólidas y/o líquidas en los conductos traqueobronquiales, produciendo una alteración del intercambio gaseoso y un alto riesgo de infección.

La aspiración pulmonar es una importante causa de morbilidad y mortalidad en personas mayores, especialmente los más frágiles, ingresados en hospitales de agudos y en centros residenciales; de hecho, pacientes que sufren una broncoaspiración tienen una mortalidad tres veces mayor.

Teniendo en cuenta el alto porcentaje de residentes que sufren este problema y que estos son residentes con riesgo conocido, es prioritario realizar un plan de cuidados para evitar los factores de riesgos que lo ocasionan y así prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

OBJETIVOS

1. Prevenir la broncoaspiración en pacientes de hospitales y centros.

ACTUACIONES

- Elaborar protocolo unificado de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la prevención, detección y evaluación del riesgo de broncoaspiración con medidas basadas en la evidencia.
- Formar a los profesionales en la prevención del riesgo de broncoaspiración.
- Identificar pacientes con riesgo de broncoaspiración.
- Educar a pacientes, familiares y personal cuidador en la prevención del riesgo de broncoaspiración.
- Establecer planes de cuidados efectivos y personalizados para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de broncoaspiración.



INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Protocolo actualizado de prevención, actuación y evaluación de pacientes con riesgo de broncoaspiración	Existencia de protocolo actualizado de prevención, actuación y evaluación del riesgo de broncoaspiración	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Sin estándar
	Porcentaje de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes prevención del riesgo de broncoaspiración	$N.º \text{ de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes para la prevención del riesgo de broncoaspiración} \times 100 / n.º \text{ de profesionales de enfermería del hospital o centro}$	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Unidades o centros con implantación del protocolo de prevención de broncoaspiración.	$N.º \text{ de Unidades o centros con implantación del protocolo de prevención de broncoaspiración.} \times 100 / \text{Total de Unidades del hospital o n.º total Centros}$	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Porcentaje de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de broncoaspiración	$N.º \text{ de pacientes a los que se ha valorado el riesgo de broncoaspiración en un periodo} \times 100 / \text{Total de pacientes asistidos}$	R	Auditoría Historia clínica Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Porcentaje de pacientes a los que se le ha realizado el plan de cuidados el riesgo de broncoaspiración	$N.º \text{ de pacientes a los que se le ha realizado el plan de cuidados de prevención de broncoaspiración} \times 100 / \text{Total de pacientes hospitalizados}$	R	Auditoría Historia clínica Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Porcentaje de pacientes que sufren broncoaspiración durante la estancia	$N.º \text{ de pacientes que sufren durante la estancia hospitalaria o ingreso} \times 100 / \text{Total de pacientes atendidos}$	R	Auditoría Historia clínica Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Disminución progresiva anual a partir de la implantación en la unidad o centro

2.4.5. Prevención y control del dolor en todas las etapas de la vida, atendiendo a las necesidades y preferencias de cada paciente y sus cuidadores/as

El dolor puede ser una complicación esperable en algunos procesos mórbidos, en determinados tratamientos, o procedimientos. Siempre tiene efectos desfavorables y en no pocas ocasiones, afecta gravemente al estado psicológico de cada paciente, poniendo en riesgo su propia seguridad.

Cada paciente tiene derecho a un adecuado tratamiento del dolor, por lo que es necesario establecer mecanismos capaces de detectar, evaluar y gestionar el dolor de manera apropiada.

OBJETIVOS

1. Proporcionar seguridad, eficiencia y satisfacción en el tratamiento del dolor.

ACTUACIONES

- Elaborar protocolo de diagnóstico y tratamiento del dolor crónico con enfoque multiprofesional.
- Formación específica a profesionales de medicina y enfermería sobre el diagnóstico y tratamiento del dolor.
- Valorar la intensidad del dolor y medir el alivio de éste mediante escalas validadas.
- Abordaje del dolor mediante terapias no farmacológicas: físicas y psicológicas.
- Abordaje del dolor mediante terapias farmacológicas.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Número de centros con protocolos de diagnóstico y tratamiento del dolor con enfoque multiprofesional	$N.^\circ \text{ de centros con protocolo} * 100 / n.^\circ \text{ Total de centros}$ $N.^\circ \text{ de médicos formados} * 100 / n.^\circ \text{ de médicos del centro}$	E	Coordinador de Área Seguridad de pacientes	100 % de los centros tienen protocolo de diagnóstico y tratamiento del dolor
	Número de profesionales médicos y enfermeras formados en el abordaje del dolor	$N.^\circ \text{ de enfermeras y médicos} * 100 / n.^\circ \text{ de enfermeras y médicos del centro}$	P	Coordinador de Área Seguridad de pacientes	50 % de los profesionales en el primer año. 90 % al año siguiente
	Número de pacientes a los que se les ha realizado valoración de la intensidad del dolor y del alivio mediante escala validada	$N.^\circ \text{ de pacientes a los que se les ha realizado valoración del dolor y alivio} * 100 / n.^\circ \text{ de pacientes ingresados}$	R	Coordinador de Área Seguridad de pacientes	50 % en el primer año 80 % al año siguiente



Objetivo 2.5: Promover la identificación inequívoca del paciente

La identificación inequívoca de paciente ha sido y es una estrategia prioritaria en las políticas de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud. En el anterior Plan Estratégico 2011-2016, el objetivo era la estandarización y unificación de procedimientos que asegurarán la correcta identificación de pacientes atendidos en el SES, así como la comunicación e identificación de los factores de riesgos intrínsecos de los mismos. El indicador definido fue la existencia de un protocolo unificado de identificación y sus factores de riesgos y en el año 2017 se cumple dicho indicador con la aprobación y posterior implementación del Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes del SES.

Este constata que la identificación verbal sola 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 pediátricos. Todo ello contribuye al aumento de la probabilidad de error, por lo que se hace imprescindible el uso de las pulseras identificativas únicas, que deben portar todos los pacientes que ingresen en las áreas de Urgencias, Hospital de Día y Hospitalización en los distintos hospitales de la Comunidad Autónoma.

Además, la falta y/o los fallos en la identificación de cada paciente conllevan un riesgo que pueden acabar en complicaciones asociadas a errores en la asistencia como son:

- Errores en la administración de medicamentos.
- Errores en la realización de pruebas diagnósticas.
- Errores de resultados analíticos por confusión de pacientes en las extracciones.
- Errores en transfusiones de sangre y hemoderivados.
- Errores en cirugía, paciente incorrecto.

Existen, por tanto, motivos suficientes para asumir que la identificación adecuada de cada paciente en cualquier contacto con el Sistema Público de Salud es necesaria, siendo una medida proactiva, para la mejora de la seguridad clínica.

En Extremadura en el periodo 2013-2018 en la clasificación de los incidentes según su tipo los de identificación son los que tienen mayor frecuencia relativa con un 15,06%. A pesar de haber implementado el Protocolo de Identificación de Pacientes del SES en el año 2017, en 2018 ha sido también el tipo de incidente con mayor frecuencia relativa, lo que nos hace ser conscientes de que aún tenemos que implementar nuevas acciones de mejora que refuercen la mejora de la seguridad en la identificación de pacientes con el protocolo implantado.

OBJETIVOS

1. Identificar de forma inequívoca de cada paciente atendido en el SES.
2. Realizar el proceso de identificación de pacientes con la pulsera específica de transfusión de hemoderivados a cada paciente que se le realice solicitud de transfusión.
3. Verificar la identidad de cada paciente antes de cada procedimiento o práctica asistencial.
4. Promover la identificación inequívoca de pacientes con su documentación clínica.
5. Asegurar la identificación de las muestras biológicas y trazabilidad desde la recogida de estas hasta la información que de ellas se deriven.
6. Fomentar la incorporación activa de pacientes, familiares y/o personal cuidador en el proceso de identificación.
7. Impulsar la notificación de incidentes y EA relacionados con la identificación de pacientes para aprender de los mismos y proponer acciones de mejora.

ACTUACIONES

- Elaboración e implantación de un protocolo de identificación de muestras biológicas que asegure la trazabilidad en cada parte del proceso hasta la emisión del informe correspondiente.
- Formación de profesionales en la identificación inequívoca de pacientes y etiquetado de muestras biológicas.
- Incorporar activamente a pacientes, familiares y cuidadores en el proceso de identificación, así como en la verificación de su identidad en los informes y documentos.
- Llevar a cabo los procedimientos de identificación documental y verificación verbal según establece el Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes del SES.
- Confirmar que es el paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto en cada procedimiento o actuación de atención sanitaria, y especialmente en los de alto riesgo, en todos los niveles asistenciales.
- Comprobar la identificación inequívoca de cada paciente con su documentación clínica en cada prueba diagnóstica o acto terapéutico.



- Utilizar el sistema estandarizado de pulsera identificativa y el de pacientes con riesgos específicos marcados en el Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes del SES.
- Realizar en el paritorio, la identificación de recién nacidos/as y madre mediante brazaletes en ambos y pinza de cordón, todos con el mismo código que se incorporará a la documentación en papel y la generada en el Sistema de Información.
- Etiquetar las muestras biológicas y pruebas de imagen en el momento de obtenerlas.
- Evaluación del Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes del SES y de las características y calidad de las pulseras identificativas según los indicadores establecidos en el mismo.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Profesionales formados en identificación inequívoca de pacientes	N.º de profesionales formados en identificación inequívoca de pacientes x 100 / n.º de profesionales del área	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% primer año vigencia del plan 50% año siguiente
	Protocolo de identificación de muestras biológicas que asegure la trazabilidad	Elaboración de un protocolo de identificación de muestras biológicas que asegure la trazabilidad en cada parte del proceso hasta la emisión del informe correspondiente	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	2º año de vigencia del plan
	Implantación del Protocolo de Identificación de Muestras Biológicas	N.º de centros con protocolo de identificación de muestras implantado x 100 / n.º de centros del área	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% tercer año vigencia del plan 50% año siguiente
	Profesionales formados en el proceso de identificación de muestras	N.º de profesionales formados en el proceso de identificación de muestras x 100 / n.º de profesionales del área	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	50% tercer año vigencia del plan 50% año siguiente
	Pulseras de identificación estarán accesibles 24 horas en todas las Unidades de los Centros	Número de unidades con posibilidad de acceso, las 24h del día, a las pulseras identificativas x 100 / Número total de unidades Nota: Se considerará el acceso a las mismas cuando estén disponibles en la Unidad o se emitan desde el Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC).	R	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de pacientes incluidos en el PUIP con pulsera identificativa colocada en las zonas anatómicas predeterminadas por el PUIP	$N.º \text{ de pacientes con pulsera identificativa colocada} \times 100 / n.º \text{ total de pacientes ingresados en las unidades}$	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Porcentaje de pacientes con pulsera específica de transfusión de hemoderivados colocada	$N.º \text{ de pacientes con pulsera específica de transfusión de hemoderivados colocada} \times 100 / n.º \text{ total de solicitudes de transfusión en el laboratorio en los días auditados}$	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Porcentaje de recién nacidos y madre con pulsera identificativa colocada en las zonas anatómicas predeterminadas por el PUIP	$N.º \text{ de recién nacidos y madre con pulsera identificativa colocada} \times 100 / n.º \text{ total de recién nacidos y madres ingresados en las unidades}$	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	100%
	Notificaciones en SiNASP relacionadas con la identificación del paciente	$N.º \text{ de notificaciones en SiNASP relacionadas con la identificación del Paciente} / n.º \text{ total de notificaciones}$	R	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Sin estándar
	Errores de muestras biológicas	$N.º \text{ de errores de muestras biológicas (detectadas en servicio receptor)} / n.º \text{ muestras biológicas recepcionadas en ese servicio mensualmente}$	R	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	0

Objetivo 2.6: Promover la comunicación entre profesionales

La asistencia sanitaria conlleva cambios de personal por cada turno, en otros casos traslado de unidad dentro del mismo hospital o entre hospitales y a veces conlleva transición entre niveles asistenciales (SEPAD-SES, 112-SES, Atención Primaria y Especializada), en los que el traspaso de información relevante es esencial entre los profesionales encargados de su atención para garantizar la seguridad de pacientes.

Esto supone un riesgo de seguridad para cada paciente, especialmente visible en personas ancianas y pacientes pluripatológicos. Aumentar la efectividad de la comunicación entre profesionales implicados en la atención, es un objetivo de seguridad para los grupos líderes en seguridad como la OMS, la Joint Commission y el National Quality Forum (Aranaz, Aibar, Mira & Vitaller, 2017).

En el estudio de los EA notificados en el SiNASP de los años 2013 – 2018 los factores contribuyentes relacionados con los factores profesionales están los problemas de



comunicación que representan el 11,41%, que junto a los de factores del trabajo en equipo (3,53%) suponen que el 14,94% de todos los EA notificados. Factores contribuyentes que pueden evitarse con el abordaje de esta línea de comunicación entre profesionales y su implementación en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

OBJETIVOS

1. Establecer una comunicación efectiva entre todos los profesionales que atienden a cada paciente.
2. Estandarizar la comunicación de los profesionales en los cambios de turno, traslados y transferencia de pacientes entre niveles asistenciales.
3. Fomentar la cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados e Informe de alta médica en la transición entre niveles como medio de comunicación eficaz entre ellos.

ACTUACIONES

- Establecer procedimientos seguros de comunicación dentro de Sistemas de Información que faciliten la comunicación personal y directa entre los distintos profesionales responsables de la atención a cada paciente.
- Desarrollar e implantar protocolo de traspaso de información clínica estructurada, con un lenguaje común para transmitir la información significativa y sustancial en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales.
- Desarrollar e implantar protocolo de traspaso de información clínica estructurada, con un lenguaje común para transmitir la información significativa y sustancial en el traslado de pacientes entre unidades de hospitalización.
- Implementar un procedimiento para sistematizar las órdenes verbales en situaciones de urgencias, atención domiciliaria y comunicación telefónica de transmisión de información crítica para pacientes (biopsia intraoperatoria, pruebas diagnósticas especialmente sensibles –mamografía intraoperatoria de la pieza-).
- Formación en JARA y metodología en planes de cuidados de enfermería.
- Cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados como medio de comunicación entre profesionales en la transición de pacientes entre niveles asistenciales.

INDICADORES

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Herramienta segura de comunicación en JARA	Existencia de herramienta de comunicación personal y directa entre los distintos profesionales responsables de la atención al paciente desarrollada dentro del Sistema de Información	E	Sistema de Información Servicios Centrales del SES	Sin estándar
	Protocolo de traspaso de información clínica en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales	Existencia de un protocolo unificado sobre el traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes Comunidad Autónoma Extremadura	Sin estándar
	Centros que han implantado el Protocolo de traspaso de información en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales	N.º de unidades/centros*** que han implantado el protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales / n.º unidades/centros de la Comunidad Autónoma de Extremadura***	E	Áreas de Salud	50% segundo año de vigencia del plan 50% año siguiente
	Formación entre los profesionales en el protocolo de traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales	N.º de profesionales formados sobre el protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre niveles asistenciales / n.º de profesionales de las unidades implicadas*** en los traslados de pacientes entre niveles asistenciales	E	Áreas de Salud	50% segundo año de vigencia del plan 50% año siguiente
	Protocolo de traspaso de información entre unidades	Elaboración de un protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada en las unidades	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes Comunidad Autónoma Extremadura	Sin estándar
	Protocolos implantados de traspaso de información entre unidades	N.º de unidades en las que se ha implantado el protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada / n.º unidades del centro	E	Áreas de Salud	50% tercer año de vigencia del plan 50% año siguiente
	Formación entre los profesionales en el protocolo de traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre unidades	N.º de profesionales formados sobre el protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada en el traslado de pacientes entre unidades / n.º de profesionales de las unidades	E	Áreas de Salud	50% tercer año de vigencia del plan 50% año siguiente



Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Elaboración de un documento sobre el Procedimiento normalizado del proceso de las órdenes verbales	Existencia de un Procedimiento normalizado del proceso de las órdenes verbales en situaciones de urgencias, atención domiciliaria y comunicación telefónica de transmisión de información crítica para el paciente	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes Comunidad Autónoma Extremadura	Sin estándar
	Formación de las enfermeras/os en JARA y metodología en planes de cuidados	N.º de enfermeras/os formadas en JARA y metodología en planes de cuidados / n.º de enfermeras/os de las unidades	E	Áreas de Salud	50% segundo año de vigencia del plan 50% año siguiente
	Porcentaje de informes de Continuidad de Cuidados realizados al alta en una unidad de hospitalización	N.º de Informes de Continuidad de Cuidados realizados al alta en una unidad de hospitalización / n.º de pacientes dados de alta en la unidad de hospitalización	R	Áreas de Salud	50% segundo año de vigencia del plan 50% año siguiente

***Unidades implicadas en el traspaso entre niveles asistenciales: 112, Urgencias de Hospital, Centros de Atención Primaria, Centros Residenciales y Centros Sociosanitarios.

Objetivo 2.7: Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios

Que la asistencia sanitaria es una actividad de riesgo nadie lo duda y que el objeto central de esa actividad, el paciente, es un elemento frágil tampoco, y aunque éste disponga de mecanismos de autodefensa, en ocasiones la práctica clínica puede superar las defensas de los pacientes y provocarles, de manera involuntaria, algún evento adverso que puede llegar a ser grave e incluso irreversible (Aranaz et al, 2017).

Los EA pueden tener consecuencias leves, moderadas o graves, para pacientes y sus familiares que son las primeras víctimas, pero también las tienen los profesionales implicados en el evento adverso que son las segundas víctimas y la propia institución que es la tercera víctima.

Desde 2013 que se comenzaron las notificaciones en el SiNASP hasta diciembre de 2018, en la Comunidad Autónoma de Extremadura el 0,57% de los incidentes que se han notificado son de riesgo extremo y un 5,91% de riesgo alto.

En los casos en los que el evento adverso conlleva consecuencias graves para el paciente también lo son para los profesionales, especialmente cuando se abre la vía judicial ya que habitualmente esto además conlleva una repercusión mediática.

Por todo ello debemos abordar los EA para dar una respuesta adecuada, proporcional y coherente para cada paciente, como primera víctima, al profesional (segunda víctima) y para la propia organización.

OBJETIVOS

1. Minimizar las consecuencias de los EA graves para pacientes, familiares, profesionales y la propia institución.

ACTUACIONES

- Elaborar el plan de acción para gestionar los EA graves a nivel autonómico que contemple una respuesta y apoyo a las víctimas (primeras, segundas y terceras).
- Adaptar el plan de acción a cada una de las áreas de salud y niveles asistenciales (Atención Primaria y Especializada, SEPAD, 112).
- Sesiones clínicas de gerente/a y equipo directivo (medicina y enfermería) al inicio de su constitución y anualmente después y/o cuando se incorpore un miembro nuevo, sobre la estrategia de actuación frente a los eventos centinelas.
- Difusión del plan de actuación ante EA graves entre profesionales.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Plan de acción para gestionar los EA graves a nivel autonómico	Elaborado el documento del "Plan de Acción para Gestión de Eventos Adversos de la Comunidad Autónoma de Extremadura"	R	C. A.	Segundo año de vigencia del Plan
L202.7.1	Hospitales que han adaptado el plan para gestión de EA graves	N.º hospitales de la C.A. que han adaptado el plan para gestión de EA graves x 100 / n.º hospitales de la C.A.	E	Áreas de Salud	50% Tercer año de vigencia del Plan y 100% año siguiente
L202.7.2	Direcciones de AP que han adaptado el plan para gestión de EA graves	N.º direcciones de A.P. de la C. A. que han adaptado el plan para gestión de EA graves x 100 / n.º direcciones de AP de la C.A.	E	Áreas de Salud	50% Tercer año de vigencia del Plan y 100% año siguiente
	Estrategia actuación de directivos conforme al Plan de Acción para Gestión de Eventos Adversos Graves	N.º sesiones clínicas de gerente y equipo directivo sobre el Plan de Acción anuales	E	Áreas de Salud	1 anual y incorporación nuevo miembro equipo directivo



Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Difusión del Plan de Acción para Gestión de Eventos Adversos Graves	N.º sesiones informativas del Plan de Acción en las unidades o centros / n.º de unidades o centros del Área de Salud	E	Áreas de Salud	50% Tercer año de vigencia del Plan y 100% año siguiente

Objetivo 2.8: Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos

OBJETIVOS

1. Promover acciones encaminadas a la protección de pacientes sometido a procedimientos médicos con radiaciones ionizantes en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Se utilizará la normativa contenida en la trasposición de la "DIRECTIVA 2013/59/EURATOM por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes" del Consejo de la Unión Europea y recomendaciones elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA) en el "Llamado de Bonn a la acción".

ACTUACIONES

- Seguimiento y evaluación de los Programas de Garantía de Calidad.
- Establecimiento y difusión de guías de pruebas de diagnóstico por imagen para prescriptores incluyendo información especial para embarazo y lactancia.
- Implantación de un sistema de registro y gestión de indicadores dosimétricos según normativa y recomendaciones vigentes.
- Establecimiento, evaluación y difusión de los Niveles de Referencia Diagnósticos (NRD) Autonómicos y Locales que favorezcan la optimización de los procedimientos, prestando especial atención a procedimientos intervencionistas, tomografía computarizada, procedimientos de cribado sanitario, procedimientos pediátricos y medicina nuclear.
- Elaboración de protocolos de seguimiento para procedimientos de altas dosis en intervencionismo.
- Aplicación de nuevas tecnologías en radioterapia para el tratamiento de pacientes.
- Aplicación de metodología de matrices de riesgo en radioterapia.

- Evaluación e impacto de programas de formación del personal implicado en las exposiciones médicas.
- Elaboración de un modelo de consentimiento informado para procedimientos médicos con radiaciones ionizantes.
- Evaluación global de exposiciones médicas a radiaciones ionizantes.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Establecimiento y difusión de guías de pruebas de diagnóstico por imagen para prescriptores incluyendo información especial para embarazo y lactancia	Evaluación estadística del uso de guías de prescripción	E	Responsable de médicos prescriptores (definir por grupos)	2019
	Seguimiento y evaluación de los Programas de Garantía de Calidad	Número de evaluaciones anuales de los Programas de Garantía mediante convocatoria de comisión de garantía de calidad o auditoría	P	Jefes /responsables de los servicios de Radiofísica y Protección Radiológica, Radioterapia, Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear	2022
	Implantación de un sistema de registro y gestión de indicadores dosimétricos según normativa y recomendaciones vigentes	Número de áreas de salud que disponen de sistema de gestión de dosis controlado por especialistas en la materia. Porcentaje de equipos por modalidad conectados a un sistema de gestión de dosis controlado por especialistas en la materia	P	Servicios de Radiofísica y Protección Radiológica	2021
	Establecimiento, evaluación y difusión de los Niveles de Referencia Diagnósticos (NRD) Autonómicos y Locales que favorezcan la optimización de los procedimientos, prestando especial atención a procedimientos intervencionistas, tomografía computarizada, procedimientos de cribado sanitario, procedimientos pediátricos y medicina nuclear	Relación de NDR a nivel local y autonómico. Número y descripción de procedimientos de optimización realizados	P	Servicios de Radiofísica y Protección Radiológica Servicios de Radiodiagnóstico Servicios de Medicina Nuclear	2023
	Elaboración de protocolos de seguimiento para procedimientos de altas dosis en intervencionismo	Número de protocolos elaborados para procedimientos de altas dosis y número de pacientes evaluados	E	Responsable de Radiología Intervencionista Responsable de Cardiología Intervencionista Responsable de Neurroradiología	2020



Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Aplicación de nuevas tecnologías en radioterapia para el tratamiento de pacientes	Porcentaje de centros con tratamientos estándar mediante técnicas de radioterapia volumétrica (VMAT), intensidad modulada (IMRT), radioterapia guiada por imagen (IGRT) y dosimetría <i>in vivo</i> mediante sistema de imagen portal o procedimiento equivalente	P	Servicios de Oncología Radioterápica Servicios de Radiofísica y Protección Radiológica	2020
	Aplicación de metodología de matrices de riesgo en radioterapia	Número de profesionales por centro (oncólogos radioterápicos, radiofísicos y técnicos) con actividad asignada en metodología de matrices de riesgo en radioterapia y número de etapas evaluadas en el proceso radioterápico	P	Servicios de Oncología Radioterápica Servicios de Radiofísica y Protección Radiológica	2021
	Evaluación e impacto de programas de formación del personal implicado en las exposiciones médicas	Número de cursos realizados Acreditados por el Consejo de Seguridad Nuclear y promovidos por el Servicio Extremeño de Salud. Número de seminarios realizados sobre Protección Radiológica en pacientes. Número de cursos de formación continuada. Número de cursos de formación de nivel básico para residentes impartidos en cada Área	P	Unidades de Docencia de las Áreas de Salud	2022
	Elaboración de un modelo de consentimiento informado para procedimientos médicos con radiaciones ionizantes	Porcentaje de servicios de radiodiagnóstico y servicios que realizan procedimientos intervencionistas que disponen de consentimiento informado	E	Servicios de Radiodiagnóstico Servicios que realicen procedimientos intervencionistas	2019
	Evaluación global de exposiciones médicas a radiaciones ionizantes	Para toda la Comunidad Autónoma de Extremadura se evaluará el número de: Razón del número por tipo de procedimiento en Radiodiagnóstico, número por tipo de procedimiento en Radioterapia, número por tipo de procedimiento en Medicina Nuclear respecto del valor publicado en para España en el último informe SOURCES AND EFFECTS OF IONIZING RADIATION United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation	R	Servicios que utilicen radiaciones ionizantes con equipos conectados a sistemas de información o dispongan de servidor propio para registro de procedimientos. Servicios de Radiofísica y Protección Radiológica que cuenten con un sistema de gestión y registro de dosis Sistemas de Información de SES	2023

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L202.8.1	Servicios de pediatría que han recibido formación sobre la optimización de la prescripción de pruebas que utilizan radiación ionizante	N.º Servicios de Pediatría de la C.A. que han recibido formación en optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes x 100 / n.º Servicios de Pediatría de la C.A.	P	Direcciones médicas de los hospitales	2023
L202.8.2	Hospitales que realizan un Mapa de Riesgos de los procesos en la unidad de Radioterapia y/o de Medicina Nuclear	N.º hospitales de la C.A. que realizan un Mapa de Riesgos de los procesos en Radioterapia y/o Medicina Nuclear x 100 / n.º hospitales de la C.A. que disponen de unidad de Radioterapia y/o Medicina Nuclear.	P	Coordinadores de Seguridad de las Áreas	2021
L202.8.3	Hospitales en los que se elabora un informe anual que recoge los incidentes de seguridad de la Unidad de Radioterapia	N.º hospitales de la C.A., en los que se elabora un informe anual con los incidentes recogidos por la Unidad de Radioterapia x 100 / n.º hospitales de la C.A.	P	Coordinadores de Seguridad de las Áreas	2022

Objetivo 2.9: Promover prácticas seguras en Salud Mental

Desde la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales se impulsará y desarrollará la Estrategia de Seguridad de Pacientes en Salud Mental de Extremadura, según lo establecido en el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura y el III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020, mediante:

- la elaboración, implantación, seguimiento y evaluación de la Estrategia de Seguridad de Pacientes en Salud Mental y
- puesta en marcha y consolidación de estructuras coordinadas para el desarrollo y seguimiento de la Estrategia de Seguridad de Pacientes en Salud Mental, incluyendo referente de Seguridad de Pacientes en Salud Mental
- activación de la gestión del riesgo sanitario en los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura

Así mismo se fomentará la cultura de seguridad de pacientes en los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura, realizando:

- información, asesoramiento y apoyo a los dispositivos de la RSMEx sobre el Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos de la Comunidad Autónoma



de Extremadura desde el Servicio de Calidad de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales,

- análisis bienal del nivel de cultura de seguridad de pacientes en los distintos dispositivos de la RSMEx, mediante el Cuestionario sobre Seguridad de Pacientes adaptado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y
- puesta en marcha de actividades formativas en materias relacionadas con cultura de seguridad de pacientes y gestión del riesgo sanitario dirigido a profesionales y personal gestor y directivo de la Red de Salud Mental

OBJETIVOS

1. Promover la implantación de prácticas clínicas seguras y la mejora de elementos estructurales en los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura.

ACTUACIONES

- Revisión, difusión e implantación adaptada a cada dispositivo, de protocolos y prácticas clínicas seguras más significativas en el contexto de la atención a la salud mental
 - ✓ identificación de pacientes,
 - ✓ contención mecánica,
 - ✓ prevención de conductas suicidas,
 - ✓ prevención de abandonos no programados,
 - ✓ prevención del comportamiento heteroagresivo,
 - ✓ prevención de comportamiento sexualmente inapropiado,
 - ✓ atención a la salud física,
 - ✓ uso seguro del medicamento,
 - ✓ derivación y traslado a otro centro, traslado urgente en Salud Mental,
 - ✓ participación de personas usuarias y
 - ✓ prevención del consumo de tabaco y otras sustancias en unidades hospitalarias
- Diseño, creación, difusión y actualización continuada de un Registro de Buenas Prácticas en Salud Mental.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo a alcanzar
	Protocolos y prácticas clínicas seguras revisados de forma adaptada en los dispositivos de la RSMEEx	Existencia de al menos dos protocolos y prácticas clínicas seguras/año revisados de forma adaptada en los dispositivos de la RSMEEx	R	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales	2 anuales
	Protocolos/prácticas clínicas seguras implantados en los dispositivos de la RSMEEx de forma adaptada a los mismos	Número de protocolos/prácticas clínicas seguras implantados en los dispositivos de la RSMEEx de forma adaptada a los mismos	E	Dispositivos de la Red de Salud Mental	2 anuales
	Protocolos/prácticas clínicas seguras implantados	Número de protocolos/prácticas clínicas seguras implantados, de los cuales se hace seguimiento y evaluación de forma bienal	E	Dispositivos de la Red de Salud Mental	2 anuales
	Registro de Buenas Prácticas en Salud Mental	Existencia de un Registro de Buenas Prácticas en Salud Mental en funcionamiento, que mantenga una actualización continuada de sus registros.	E	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales	1
	Difusión de la información recopilada en el Registro de Buenas Prácticas en Salud Mental	Difusión de la información recopilada en el Registro de Buenas Prácticas en Salud Mental a través de los canales de información disponibles	R	Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales	
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en las UHB	N.º de Unidades de Hospitalización Breve (UHB) que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de UHB de salud mental		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en los equipos de salud mental	N.º de equipos de salud mental que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de equipos de salud mental		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en los centros de rehabilitación psicosocial	N.º de centros de rehabilitación psicosocial que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de centros de rehabilitación psicosocial		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en las Unidades de Media Estancia	N.º de Unidades de Media Estancia que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de Unidades de Media Estancia		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual



Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo a alcanzar
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria	N.º de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de Unidades de Rehabilitación Hospitalaria		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual
	Grado de implantación del plan de prevención de riesgos estructurales en las Unidades Residenciales de Salud Mental	N.º de Unidades Residenciales de Salud Mental que realizan evaluación de las condiciones estructurales de seguridad / n.º de Unidades Residenciales de Salud Mental		Coordinadores de los Dispositivos de Salud Mental	25% anual

Objetivo 2.10: Promover prácticas seguras en Violencia de Género

Las cifras nos hablan de que 1 de cada 10 mujeres pueden sufrir violencia de género (VG), bien sea violencia física, psicológica emocional o económica, acoso o violencia sexual y el 85% de estas mujeres puede haberla sufrido en más de una ocasión. Asimismo las noticias mediáticas nos exponen diariamente a tragedias familiares con caras y nombres de mujeres de diferentes edades, incluso adolescentes, y estratos sociales. Pero estos datos son solo la punta del iceberg, es por ello por lo que se constituye como un gran problema de salud pública.

Según las encuestas, el 60% de las mujeres preferirían relatar el problema a profesionales de medicina familiar y comunitaria antes que a la policía o servicios sociales. La Atención Primaria es el lugar idóneo para detectar a posibles víctimas, ya que sus profesionales de medicina, enfermería, pediatría, matrona y trabajo social siguen a cada paciente a lo largo de su trayectoria vital y conocen mejor a su familia y entorno. Por lo que, son profesionales clave tanto en la detección, como en prevención e identificación de familias vulnerables, al igual que ciertos Servicios Hospitalarios o unidades de apoyo como Urgencias, Ginecología, Unidad de Salud Mental (USM), Equipo de Conductas Adictivas (ECA), Centro de Orientación y Planificación Familiar (COPF) y Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMEs). Tanto en unos como en otros el personal de referencia una vez detecta las mujeres maltratadas, serán los trabajadores sociales quienes iniciaran las actuaciones oportunas para derivarlas a los distintos recursos de que dispone la comunidad autónoma, puntos de atención psicológica, pisos de acogida, etc.

Recientemente se replicó en el Área de Salud Don Benito-Villanueva de la Serena una buena práctica (BB PP) "Mes de cribado de violencia de género" del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, puesta en marcha por la Comunidad Valenciana. Tras 40 días de aplicación del cribado en el Área de Don Benito-Villanueva se realizaron un total 333 entrevistas, 24 de ellas con sospecha de VG, detectándose 8 mujeres víctimas de violencia de género, es decir una mujer cada 5 días. Algo inédito, ya que en 2017 se

detectaron 1 cada 23 días. Es por ello que al aplicar la búsqueda activa desde los servicios sanitarios se multiplica en 4,5 veces la detección de VG.

La importancia de estos resultados y la potencialidad para disminuir la infradetección, a través de una estrategia de búsqueda activa y concienciación social de la mujer, pone en valor la continuidad de esta estrategia de detección en el sistema sanitario, que juega un papel clave en la detección precoz.

OBJETIVOS

GENERAL

1. Establecer los criterios para la prevención y la detección precoz desde los servicios sanitarios de los casos de Violencia de Género y las pautas a seguir para hacer efectiva la atención integral a sus víctimas.

ESPECÍFICOS

1. Prevención de la violencia de género en la comunidad autónoma.
2. Detección precoz de mujeres víctimas de Violencia de Género.
3. Valoración del riesgo y protocolo de seguridad de las víctimas.
4. Prevención secundaria de las mujeres víctimas de Violencia de Género.
5. Atención integral/interdisciplinar, derivación de las víctimas y seguimiento.

ACTUACIONES

- Realizar actividades de educación para la salud sobre VG dirigidas a la comunidad autónoma.
- Sensibilizar a los trabajadores del medio sanitario sobre la violencia de género y su importante papel, en la detección y atención a sus víctimas.
- Identificar personas con riesgo de sufrir o infligir malos tratos y situaciones que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad.
- Hacer una búsqueda activa de casos mediante la escucha activa, intentando empatizar con la paciente para conocer sus necesidades y preocupaciones. Tras solicitar consentimiento informado y garantizar confidencialidad.



- Replicación de Buenas Prácticas en VG, así reconocidas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
- Participación activa en las Mesas de Coordinación Territorial de las Mancomunidades y Ayuntamientos.
- Desarrollo del plan de atención integral a las víctimas, que incluya un protocolo de seguridad de estas.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Campañas de divulgación de educación para la salud sobre violencia de género	N.º de campañas de divulgación realizadas (folletos, carteles, videos u otro material divulgativo, diseñados anualmente)	P	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Una campaña anual
	Alcance y participación de las acciones formativas sobre los profesionales de la salud. Sesiones formativas sobre violencia de género para profesionales en Centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Ginecología, USM, ECA, COPF y UMEs	N.º de actividades formativas realizadas para pacientes, familiares y cuidadores sobre seguridad de pacientes / n.º centros y servicios de la Comunidad Autónoma	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Una actividad formativa anual por centro o servicio
	Sesiones formativas sobre violencia de género para pacientes, familiares y cuidadores	N.º de actividades formativas realizadas para pacientes, familiares y cuidadores sobre seguridad de pacientes / n.º centros y servicios de la Comunidad Autónoma	P	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Una actividad formativa anual por centro o servicio
	Cobertura del cribado de detección de VG Realizar cribado de violencia de género mediante la cumplimentación del cuestionario ABUSE ASSESSMENT SCREENING (AAS)	N.º de cuestionarios AAS cumplimentados / n.º mujeres > 14 años del área o zona de salud	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Anualmente
	Cobertura del cuestionario de gravedad Determinar gravedad mediante cumplimentación del cuestionario DANGER ASSESSMENT (DA)	N.º de cuestionarios DA cumplimentados / n.º mujeres > 14 años del área o zona de salud	P	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Anualmente

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Seguimiento de la Intervención ante el caso detectado	N.º de mujeres con resultado de "posible" en el cribado / n.º mujeres que ha dejado de sufrir violencia de género N.º de mujeres con resultado de "positivo" en el cribado / n.º mujeres que ha dejado de sufrir violencia de género	R	Trabajadora Social del Centro de Salud	Anualmente
	Participación activa en las Mesas de Coordinación Territorial de las Mancomunidades y Ayuntamientos	N.º de reuniones a las que asiste personal sanitario / n.º reuniones anuales en cada Mancomunidad	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Anualmente

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES

La asistencia sanitaria está asociada con algún tipo de riesgo para cada paciente, la presencia de este unido a la posibilidad de producirse errores en el sistema hace imprescindible el desarrollo de una adecuada estrategia de gestión del riesgo en los Sistemas Sanitarios.

La definición de "Gestión de riesgos" que utilizaremos es la que define Aranaz et al. como "aquella actividad de identificación, análisis y respuesta a los riesgos acaecidos o que puedan llegar a producirse, con el objetivo de prevenir que ocurran en el futuro o minimizar sus consecuencias".

Para hacer una gestión eficaz del riesgo se debe plantear el análisis y evaluación de riesgos proactivo (prevención de los riesgos potenciales y evitar los eventos adversos) y reactivo (aprendizaje de las notificaciones de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes para evitar que se repitan).

El número de notificaciones de hospitales registradas desde 2013 aumentó progresivamente hasta 2015 que bajó durante los dos siguientes años y estando siempre por debajo de la media nacional en el porcentaje de notificaciones por n.º de camas, hasta el año 2018 que el número de notificaciones ha experimentado un aumento muy significativo e incluso se ha colocado por encima de la media nacional.



Aun así, sólo dos centros se han sido considerados “activos” dentro de la valoración del Sistema de Notificación SiNASP.

En Atención Primaria (AP) las notificaciones no se han iniciado hasta 2016 y de una manera simbólica (sólo 2 notificaciones), pero en 2017 y 2018 se ha producido un aumento importante, pero debido no a las notificaciones de AP, si no a la incorporación de los centros residenciales del SEPAD al SiNASP, los cuales notifican con el modelo de centros de AP, pero a los que se les ha asignado un área propia (Área SEPAD) para evitar distorsionar los datos globales. Además, uno de los centros residenciales es considerado “centro activo”.

Si analizamos la profesión notificante, las enfermeras/os son lo que notifican el 56,71% de los incidentes, por detrás están los médicos/as (20,50%), los estudiantes/personal en prácticas (12,11%), los farmacéuticos/as (3,91%) y las demás profesiones con porcentajes menores al 2%.

La clasificación de los incidentes según su SAC en el periodo 2013-2018 ha sido:

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESSMENT CODE)		
Categoría	N.º Incidentes	%Total
SAC 1 - Riesgo extremo	3	0.57%
SAC 2 - Riesgo alto	62	5.91%
SAC 3 - Riesgo medio	149	14.20%
SAC 4 - Riesgo bajo	225	21.45%
Sin SAC	607	57.86%
TOTAL	1049	100.00%

Al analizar la gravedad de las consecuencias para pacientes afectados, el 57,77% “no llega al paciente” y el 42,23% “llega al paciente”, de los cuales un 12,59% “causa daño temporal”, “permanente”, “comprometen la vida del paciente” y/o “contribuyeron a su muerte”.

OBJETIVOS

1. Promover la gestión proactiva del riesgo en las unidades de hospitalización, centros residenciales y de atención primaria.
2. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.

3. Posibilitar a pacientes, familiares y personal cuidador la notificación de incidentes.
4. Desarrollar normativa para proteger de acciones jurídicas a profesionales que notifican o participan en el análisis de eventos adversos.

ACTUACIONES

- Creación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en las áreas de Salud, centros o unidades en función de la extensión, nivel asistencial o especialización de estas, que realicen la gestión proactiva del riesgo, identificando los riesgos potenciales de seguridad, acciones de mejora e indicadores de resultados.
- Desarrollar y difundir un manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo que defina la infraestructura organizativa de la gestión de riesgos en los distintos niveles, definiendo el responsable, estructura de apoyo y la planificación o actuaciones que cada una debe desarrollar con la metodología, herramientas de análisis y evaluación proactiva del riesgo.
- Ampliar el número de centros adheridos al Sistema de Notificación de Aprendizaje para la Seguridad de Pacientes (SiNASP) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la notificación de EA y mantener el mayor número de ellos "activos".
- Mantener operativo el Núcleo de Seguridad en cada Área de Salud para el análisis, gestión de notificaciones y elaboración de propuestas de mejora.
- Colaborar con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para que dentro del Sistema de Notificación de Aprendizaje para la Seguridad de Pacientes se desarrolle la parte operativa que permita a pacientes, familiares y cuidadores/as la notificación de incidentes.
- Establecer mecanismos de retroalimentación y difusión entre profesionales de las notificaciones y las acciones de mejora implantadas, sesiones clínicas, reuniones en las unidades y servicios.
- Formar a profesionales sobre análisis proactivo del riesgo y sistema de notificación de incidentes para aprendizaje en Seguridad de Pacientes.
- Iniciar acciones para que se desarrolle normativa para proteger de acciones jurídicas a profesionales que notifican o participan en el análisis de eventos adversos.



INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo a alcanzar
L3O3.1.1	Hospitales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo (UFGR) funcionantes	N.º hospitales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) operativas en la CCAA x 100 / n.º hospitales de la CCAA	E	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	50% cuarto año de vigencia del Plan y 100% año siguiente
L3O3.1.2	CAP con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo (UFGR) funcionantes	N.º CAP con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) operativas en la CCAA x 100 / n.º CAP de la CCAA	E	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	40% año finalización del Plan
	Formación entre los profesionales de los hospitales, centros de salud y UMEs del manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo	N.º de profesionales formados sobre el manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo / n.º de profesionales de los hospitales, centros de salud y UMEs	P	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	
	Porcentaje de núcleos de seguridad operativos	Número de núcleos de seguridad operativos x 100 / n.º total núcleos de seguridad Observaciones: entendemos como un núcleo de seguridad operativo: que se ha reunido al menos 4 veces al año sin contar las reuniones necesarias para realizar los ACR de su área y se certificarán mediante las actas	P	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	100%
L3O3.2.1	N.º Hospitales ACTIVOS en el sistema de notificación de incidentes	N.º hospitales ACTIVOS de la CCAA en el Sistema de Notificación de incidentes x 100 / n.º hospitales de la CCAA	R	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	100%
L3O3.2.2	CAP con sistemas de notificación de incidentes	N.º CAP de la CCAA en los que se utiliza algún Sistema de Notificación de incidentes x 100 / n.º CAP de la CCAA	E	Coordinador/a de Seguridad de Pacientes del Área de Salud	100%
L3O3.2.13	Ratio de notificaciones en hospitales	N.º incidentes notificados en el periodo analizado x 100 / n.º camas	R	SINASP	<= 25%
L3O3.2.15	Gravedad de los incidentes notificados	N.º notificaciones con SAC 1 y SAC 2 x 100 / n.º notificaciones recibidas en el periodo analizado	R	SINASP	<=6%
L3O3.2.16	Identificación del notificante	N.º notificaciones con notificante identificado x 100 / n.º notificaciones recibidas en el periodo analizado	R	SINASP	>85%

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Objetivo a alcanzar
L303.2.18	Tiempo medio de gestión de las notificaciones	Σ del tiempo de gestión de las notificaciones / n.º notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado	R	SiNASP	< 50
L303.2.20	Notificaciones con acciones de gestión documentadas	N.º notificaciones gestionadas con acciones de gestión documentadas x 100 / n.º notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado	R	SiNASP	>90%
L303.2.21	Notificaciones SAC1 y SAC2 con indicación de ACR	N.º notificaciones SAC 1 y SAC 2 en que se ha indicado un ACR como método de gestión x 100 / n.º notificaciones SAC 1 y SAC 2 gestionadas en el periodo analizado	R	SiNASP	<=10%
L303.2.24	Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones	N.º reuniones del grupo encargado del análisis de las notificaciones en el periodo analizado	R	SiNASP	Sin estándar
L303.2.25	Envío de email a los notificantes	N.º notificaciones con emails de feedback enviados x 100 / n.º notificaciones con dirección de email del notificante gestionadas en el periodo analizado	R	SiNASP	>=95%
L303.2.27	Informes difundidos a los profesionales	N.º informes de feedback difundidos a los profesionales del centro en el periodo analizado	R	SiNASP	N.º difusiones = n.º notificaciones

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PARTICIPACIÓN DE PACIENTES Y CIUDADANÍA POR SU SEGURIDAD

Cada paciente como tal, como cliente y usuario/a de unos servicios, está cada vez más preparado para desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud aprovechando todas las oportunidades que las nuevas tecnologías le ofrecen y espera que profesionales e instituciones sanitarias también lo hagan. Así mismo, el colectivo de pacientes actualmente son personas con un mayor nivel educativo, participa en las decisiones que afectan a su salud y asume una cultura de derechos, no ya como sujeto-paciente pasivo de la actuación médica. (Aranaz, et al.)

Las principales organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en Seguridad de Pacientes también lo han puesto de manifiesto, convirtiendo en una prioridad, el potenciar la participación de pacientes en su seguridad, OMS, Agency for Healthcare



Research and Quality's [AHRQ], National Health Service [NHS], Comisión Europea, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).

Prueba de ello es también la "Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud" realizada en Madrid en 2007, en el que declaran su compromiso para participar en las iniciativas y programas, colaborar en la definición de buenas prácticas, notificar incidentes, divulgar información que pueda prevenir los eventos adversos, formarse y colaborar en la formación de profesionales y pacientes en Seguridad" y reclaman la máxima seguridad en cualquier centro sanitario y piden a todas las instituciones y personas implicadas ESFUERZO, HONESTIDAD, TRANSPARENCIA Y PARTICIPACIÓN.

Por lo que el Sistema Sanitario público de Extremadura establece una prioridad relevante a esta línea de trabajo de la Estrategia de Seguridad de Pacientes.

OBJETIVOS

1. Facilitar la toma de decisiones compartida proporcionando a pacientes y/o familiares información completa y comprensible sobre su problema de salud, alternativas terapéuticas y riesgos que conllevan.
2. Promover la formación de pacientes, familiares y personal cuidador para proporcionarles conocimientos, habilidades y actitudes que les capaciten en aspectos claves para su seguridad.
3. Impulsar la participación de pacientes, familiares y personal cuidador en Seguridad de Pacientes a través de la realización de talleres y reuniones.
4. Ofrecer una información contrastada, relevante, actualizada, veraz y comprensible sobre las buenas prácticas basadas en la evidencia que garantizan la seguridad de pacientes.
5. Promover que pacientes, familiares y cuidadores/as notifiquen incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, así como la comunicación de situaciones de riesgo en la asistencia.
6. Divulgar por los diferentes medios de comunicación, redes sociales y demás medios que estén a nuestra disposición, las campañas y proyectos que mejoran la Seguridad de Pacientes.

ACTUACIONES

- Presentación del Plan de Seguridad de Pacientes al Consejo Regional de Pacientes e implicarles en el desarrollo de las acciones.
- Diseñar, con la participación de pacientes, familiares y personal cuidador, materiales divulgativos para aportar información relevante sobre procesos clave e itinerarios de salud que faciliten su comprensión y aumenten la seguridad de estos, que les faciliten incorporarse activamente en la toma de decisiones y la mejora de la seguridad en la asistencia que reciben.
- Realizar acciones formativas a los pacientes, familiares y personal cuidador (información y formación) para capacitarlos sobre seguridad de pacientes e incidentes relacionados con la seguridad.
- Organizar talleres y reuniones de participación de pacientes, familiares y personal cuidador para hacer efectiva la participación en su seguridad, y ser los transmisores de las situaciones de riesgo y proponer medidas de mejora.
- Abordar en las Escuelas de Cuidados de Salud cuestiones sobre la Seguridad de Pacientes.
- Posibilitar la notificación de incidentes relacionados con los incidentes relacionados con la seguridad de pacientes, a través de un sistema de notificación existente o mediante correo electrónico o formulario en página web.
- Diseñar y mantener actualizada una página web de Seguridad de Pacientes dentro del Portal corporativo para visibilizar las campañas y proyectos que se están llevando a cabo para mejorar la Seguridad de Pacientes y vincularla a redes sociales.
- Diseñar campañas publicitarias para divulgar, por los diferentes medios de comunicación, redes sociales y demás medios que estén a nuestra disposición, la información relevante relacionada con la seguridad del paciente y las campañas y proyectos que mejoran la Seguridad de Pacientes.



INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Folletos, carteles, videos u otro material divulgativo, diseñados con la participación de pacientes, familiares y cuidadores	N.º de Folletos, carteles, videos u otro material divulgativo, diseñados anualmente con la participación de pacientes, familiares y cuidadores	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Sin estándar
	Actividades formativas para pacientes, familiares y cuidadores sobre seguridad de pacientes	N.º de actividades formativas realizadas para pacientes, familiares y cuidadores sobre seguridad de pacientes / n.º áreas de salud	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	Una actividad formativa anual por Área de Salud
	Talleres o reuniones de participación de pacientes, familiares y cuidadores anuales realizados	N.º de talleres o reuniones de participación de pacientes, familiares y cuidadores anuales realizados	E	Coordinador de Calidad y/o Seguridad de Pacientes de área	2 anuales a realizar por Área de Salud
	Sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes	Puesta en marcha de alguno de los sistemas indicados (sistema de notificación existente o mediante correo electrónico o formulario en página web) que hagan posible la notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Tercer año de vigencia del plan
	Página web de Seguridad de Pacientes diseñada y actualizada dentro del Portal corporativo vinculada a redes sociales	Página web de Seguridad de Pacientes diseñada y actualizada dentro del Portal corporativo y vinculada a redes sociales	R	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Primer año de vigencia del plan
	Campañas publicitarias diseñadas y divulgadas, por alguno de los medios de comunicación, redes sociales y etc.	N.º de campañas publicitarias diseñadas y divulgadas, por alguno de los medios de comunicación, redes sociales y etc.	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Una anual a partir del segundo año de vigencia del plan
	Abordaje en las Escuelas de Cuidados de Salud de cuestiones sobre la seguridad de pacientes	N.º de Escuelas de Cuidados en Salud que han abordado la seguridad de pacientes / n.º de Escuelas de Cuidados en Salud	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	100%

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: INVESTIGACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES

La investigación es un elemento clave para detectar las áreas deficitarias en relación con la Seguridad de Pacientes, así como para evaluar las intervenciones que llevamos a cabo. La investigación en Seguridad de Pacientes es una práctica que aún no está generalizada por múltiples factores, entre los que podemos destacar la falta de cultura de investigación en los servicios sanitarios, la falta de personal formado en metodología, escasa promoción y financiación, insuficiente personal e infraestructura, etc., pero debe ser un área clave a desarrollar para poder progresar con garantías hacia un sistema sanitario más seguro.

En este sentido, el Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura, consciente del enorme camino que hay que recorrer se propone objetivos coherentes y alcanzables para el crecimiento y toma de decisiones en seguridad de pacientes.

OBJETIVOS

1. Fomentar la investigación en Seguridad de Pacientes desde la Dirección General de Salud Pública.
2. Búsqueda y evaluación de nuevas prácticas asistenciales y cuidados de enfermería que se planteen introducir en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

ACTUACIONES

- Creación de un premio anual al proyecto de investigación en Seguridad de pacientes más relevante de Extremadura.
- Promover la organización de un evento científico anual, junto con estructuras de gestión de la Comunidad Autónoma de Extremadura, sociedades científicas y/o asociaciones de pacientes, para trasladar los resultados en salud procedentes de la mejor evidencia disponible a profesionales sanitarios.
- Gestionar con la Universidad de Extremadura la creación de líneas de investigación en Seguridad de Pacientes, en las líneas prioritarias de:
 - Comunicación entre profesionales y coordinación entre niveles asistenciales.
 - Fallos latentes del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
 - Prácticas Clínicas Seguras.
 - Estrategias costo-efectivas para reducir el riesgo.
 - Uso seguro de medicación.



- Incluir la línea de investigación en Seguridad de Paciente dentro de las líneas de investigación estratégicas prioritarias del sector salud del VII Plan Regional de I+D+i de la Junta de Extremadura.
- Creación de un concurso para la concesión de una beca para un proyecto de investigación en Seguridad del Paciente.
- Elaborar y realizar encuesta a los profesionales de las unidades donde se ha implantado una buena práctica para evaluar el grado de satisfacción con la misma y la metodología utilizada para implantarla.
- Analizar los resultados de la encuesta de satisfacción con la buena práctica implantada y difusión de los resultados de la encuesta, entre los profesionales de cada unidad o centro en los que se ha implantado una buena práctica.
- Incluir sistemáticamente la variable sexo en todas las recogidas de datos, analizando todos los resultados desde la dimensión de género*.
- Publicación de los trabajos científicos realizados.

*El artículo 28 de la ley de igualdad extremeña, que establece el deber de los poderes públicos extremeños de incluir sistemáticamente la variable sexo en todas las recogidas de datos a realizar, así como incorporar indicadores de género de cara a conocer las diferencias en valores, roles situaciones, condiciones, expectativas y necesidades de mujeres y hombres, así como su manifestación e interacción en la realidad a abordar, y la obligación de analizar todos los resultados desde la dimensión de género.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Proyectos de Investigación recepcionados anualmente en cada convocatoria	N.º de proyectos de Investigación recepcionados anualmente en cada convocatoria	R	Áreas de Salud	Sin estándar
	Acto científico anual sobre Seguridad de Pacientes a nivel de la Comunidad Autónoma	Realización de un acto científico anual sobre Seguridad de Pacientes a nivel de la Comunidad Autónoma	E	Áreas de Salud	Anual
	Línea/s de investigación desarrolladas con las facultades de la UEx	Creación y mantenimiento de la/s línea/s de investigación desarrolladas con las facultades de la UEx	E	Áreas de Salud	Sin estándar
	Línea de Seguridad de Pacientes como línea de investigación estratégica prioritaria del sector salud del VII Plan Regional de I+D+i de la Junta de Extremadura	Inclusión y mantenimiento de la línea de Seguridad de Pacientes como línea de investigación estratégica prioritaria del sector salud del VII Plan Regional de I+D+i de la Junta de Extremadura	E	Áreas de Salud	Sin estándar
	Beca de investigación para un proyecto de investigación de una de las líneas de Seguridad de Pacientes	Creación y mantenimiento de la concesión de una beca de investigación para un proyecto de investigación de una de las líneas de Seguridad de Pacientes	R	Áreas de Salud	Anual
	Encuesta de satisfacción sobre la implantación de las buenas prácticas	Creación o adaptación de una encuesta de satisfacción sobre la implantación de las buenas prácticas			2020
	Porcentaje de estudios del grado de satisfacción de los profesionales en las unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica	N.º de estudios sobre el grado de satisfacción de los profesionales en las unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica / n.º de unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica			50% primer año 70% siguientes
	Porcentaje de profesionales que han cumplimentado la encuesta de satisfacción en las unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica	N.º de profesionales que han cumplimentado la encuesta de satisfacción en las unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica / n.º de profesionales en las unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica			50% primer año 70% siguientes
	Porcentajes de sesiones informativas sobre los resultados de la encuesta en las unidades o centros en los que se ha implantado una buena práctica	N.º sesiones informativas sobre los resultados de la encuesta en las unidades o centros en los que se ha implantado una buena práctica / n.º de unidades o centros donde se ha implantado una buena práctica			50% primer año 70% siguientes



CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEGURAS DEL PLAN





Una vez definidas las líneas estratégicas y las acciones que se llevarán a cabo en cada una de ellas para conseguir los objetivos propuestos, se deben establecer las prioridades, esto constituye un problema de decisión y es de importancia contar con la mayor cantidad de elementos de análisis y utilizar el proceso más adecuado para ello.

El proceso seguido ha sido:

- evaluación individual de cada profesional que ha trabajado cada una de las líneas estratégicas según el método Hanlon
- consenso grupal de cada uno de los criterios entre los profesionales que han trabajado cada línea

Teniendo en cuenta que cada profesional involucrado en la elaboración del Plan está influenciado por criterios subjetivos, sesgos de interpretación, conocimientos, experiencia, intuición, habilidades propias, alternativas posibles, etc. se necesita aplicar y es fundamental utilizar una herramienta eficaz y eficiente que apoye las decisiones para ello se ha elegido un instrumento que priorice con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención.

El método Hanlon constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas. Los criterios de priorización han sido:

- Magnitud. Valoración del 0-10, siendo 0 poca magnitud y 10 mucha magnitud. Número de personas afectadas.
- Severidad. Valoración del 0 al 10, siendo 0 poca severidad y 10 mucha severidad. Teniendo en cuenta los datos objetivos de los sistemas de información (mortalidad, morbilidad, datos sobre conductas de salud) o pueden utilizarse datos subjetivos ¿Qué impacto en calidad de vida tiene a nivel individual, familiar, social? ¿Es este problema más importante entre determinados sectores de la población?
- Efectividad. Valoración del 0,5 al 1,5, siendo 0,5 muy difícil la actuación y 1,5 muy fácil la actuación. Se puntúa la capacidad que tenemos de actuar sobre ese problema (si el problema es fácil o difícil de solucionar).
- Factibilidad. Incluye varias dimensiones a las que se respondería Sí o No. Si se responde Sí se le otorga un 1 y si se responde No se otorga un 0 Esto quiere decir que si alguna de las dimensiones es negativa automáticamente (al multiplicar en la fórmula) el problema tiene mala priorización.
 - Pertinencia: tener en cuenta si es pertinente, oportuna y conveniente llevar a cabo esta actuación ahora mismo.
 - Recursos: si existe capacidad de tener recursos humanos, materiales para llevarlo a cabo.

- Aceptable: valorar si será aceptada la intervención por la población y por otros agentes de la Comunidad Autónoma.
- Legalidad: ¿es legalmente factible la intervención?

En el desarrollo de la priorización de las líneas estratégicas y prácticas seguras incluidas en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura, se han obtenido los resultados reflejados en la siguiente tabla:

Líneas Estratégicas / Prácticas Seguras	Ponderación
Línea Estratégica 1: Cultura de seguridad, factores humanos y organizativos	22,08
Línea Estratégica 2: Prácticas Clínicas Seguras	22,37
Objetivo 2.1 Promover el uso seguro del medicamento	18,86
Objetivo 2.2: Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria	22,98
Objetivo 2.3: Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía	22,39
Objetivo 2.4: Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes	25,25
Objetivo 2.5: Promover la identificación inequívoca del paciente	24,75
Objetivo 2.6: Promover la comunicación entre profesionales	24,35
Objetivo 2.7: Promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios	24,75
Objetivo 2.8: Promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos	18,08
Objetivo 2.9: Promover prácticas seguras en Salud Mental	22,50
Objetivo 2.10: Promover prácticas seguras en Violencia de Género	24,50
Línea Estratégica 3: Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes	22,34
Línea Estratégica 4: Participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad	22,33
Línea Estratégica 5: Investigación en seguridad del paciente	22,26

Tabla 22. Fuente: Elaboración propia 2018.



CAPÍTULO IV. SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA. LÍNEAS





1.- LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

La vulnerabilidad y la fragilidad asociada a la permanencia de las personas mayores y otros grupos de personas en situación de dependencia en centros residenciales y en determinados dispositivos socio-sanitarios ha sido siempre objeto de preocupación.

Sin embargo, no es hasta la publicación del Estudio EARCAS (Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios) en el año 2011 por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad cuando la dimensión del problema y su impacto en términos de salud y calidad de vida planteó la necesidad de abordar de manera decidida, la seguridad de los pacientes en dichos entornos.

El citado estudio analizaba los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) y los eventos adversos, en centros sociosanitarios. Se entendían como tales "aquellos centros en régimen de internado en los que se presta una atención sanitaria y social continuada, multidisciplinar, temporal o permanente, a pacientes que necesitan de unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia o rehabilitación o cuidados a pacientes con algún tipo de dependencia".

Las personas residentes en este tipo de Centros presentan una situación de vulnerabilidad y fragilidad derivadas de su propio proceso de envejecimiento, de la necesidad de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (dependencia), de la pluripatología que suele ser frecuente y de la polimedicación consecuente a la misma, así como determinados factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos (efectos secundarios de la medicación, afectación de la marcha y el equilibrio, úlceras por presión, estado nutricional...).

Entre los tipos de pacientes con mayor riesgo de sufrir algún EA o IRSP, de mayor a menor, se señalan los siguientes:

- Pacientes con deficiencias en la función cognitiva: coma, demencia, Alzheimer...
- Pacientes con deficiencias en el estado nutricional: problemas para masticar, deglutir, dolor, cambios de peso, necesidad de SNG, parenteral, dietas especiales, suplementos...
- Pacientes con enfermedades neurológicas: afasia, parálisis cerebral, accidente cerebrovascular, hemiplejía, esclerosis múltiple, paraplejía, parkinson, tetraplejía, trastornos convulsivos, accidente isquémico transitorio, lesión cerebral traumática...
- Pacientes con alteraciones del comportamiento: deambulación, abusos verbales, abusos físicos, comportamiento socialmente inadecuado, perturbado, resistencia a cuidados...
- Pacientes con deficiencias en la función física: encamados, con necesidad de dispositivo para caminar, ayuda para vestirse, uso del WC, higiene...

- Pacientes con enfermedades endocrinas / metabólicas.
- Pacientes con trastornos de comunicación.

El estudio puso de manifiesto lo siguiente:

1. En la determinación de los EA y los IRSP existe dificultad para diferenciar si se producen como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida o por la enfermedad de base del paciente, debido a la pluripatología y la cronicidad presente en los mismos.
2. Se destacan los siguientes EA e IRSP con una frecuencia superior al mes en las Residencias Sociosanitarias:
 - Falta de cumplimiento por el paciente
 - Estreñimiento
 - Caídas en la deambulación
 - Cuidados
 - Incontinencia urinaria o fecal
 - Infección del tracto urinario no asociada a sondaje
 - Estreñimiento secundario a medicación
 - Caídas en el baño, habitación
 - Caídas de la cama, silla de ruedas, sillón
 - Conjuntivitis
 - Técnica de administración incorrecta
 - Náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación
 - Hipo/hiperglucemia por antidiabéticos/insulina
3. Por lo que respecta a los factores de riesgo, el informe señala los factores relacionados con el paciente como los principales factores contribuyentes, entre los que destacan la edad, las comorbilidades existentes, la complejidad de la enfermedad que padecen o la dificultad que presenta tratar clínicamente a pacientes con deterioro cognitivo. Otros factores que contribuyen a la aparición de EA e IRSP son los siguientes:



- Factores individuales relacionados con aspectos psicológicos: estrés, falta de motivación, falta de atención, despistes, distracciones o sobrecarga.
 - Falta de información y formación específica, condiciones de trabajo no adecuadas y ausencia de guías o procedimientos estandarizados de apoyo a la toma de decisiones.
 - Problemas de comunicación, especialmente en el momento del ingreso
4. Por lo que respecta a las estrategias a desarrollar, el estudio las agrupa en las siguientes:
- Orientar la atención a pacientes y residentes, desarrollando planes de cuidados individualizados y actuaciones específicas en el momento del ingreso.
 - Incrementar la formación y sensibilización de profesionales y el desarrollo de procedimientos y prácticas clínicas seguras.
 - Mejorar el funcionamiento de las organizaciones, mediante la introducción de protocolos en materia de transición asistencial, medicación, comunicación y trabajo en equipo.

2.- EL MARCO DE LA SEGURIDAD DE PACIENTES EN LOS CENTROS DEL SEPAD

El inicio de la cultura de la seguridad de pacientes y el desarrollo de actuaciones en este ámbito en los centros del SEPAD se realiza a partir del año 2010 en los antiguos Hospitales Psiquiátricos de Plasencia y Mérida. Por su carácter netamente socio-sanitario y monográfico en materia de salud mental, presentaban una mayor presencia de EA. En concreto, desde esa fecha se impulsan actuaciones en el Centro Sociosanitario de Plasencia, promovidas por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES.

Posteriormente y desde el año 2017, por iniciativa de la Coordinación de Seguridad de Pacientes del SES y en colaboración con la Dirección Gerencia del SEPAD, se amplía la experiencia de la seguridad de pacientes a los centros residenciales de personas mayores y de discapacidad del Área de Salud de Plasencia, iniciándose la incorporación de los mismos al SiNASP.

Del análisis de los 58 los incidentes registrados durante este tiempo en los centros extraemos lo siguiente:

Del total de factores contribuyentes, un tercio (32,5%) están relacionados con factores de la organización, fundamentalmente relativos a normas, procedimientos o protocolos

(18,75%), insuficiencia de recursos humanos (17,5%) o cultura de la organización (13,75%). Prácticamente otro tercio (31,25%) tiene que ver con los factores profesionales, entre los que destacan los factores emocionales, de estrés o fatiga (12,5%), los problemas de comunicación (10%) y el comportamiento de los profesionales (10%). Al tercio restante contribuyen el entorno de trabajo, las instalaciones o el equipamiento en el 16,25% de los casos y los factores relacionados con el paciente con el 13,75%.

Los errores más frecuentes podemos agruparlos en:

- Medicación: 19.35%
- Comportamiento alterado / agresivo: 9.68%
- Dieta – Alimentación: 8.60%
- Cuidados: 7.53%
- Caídas: 7.53%
- Identificación: 5.38%
- Otros: 5.38%
- Accidente del paciente: 5.38%

Este análisis nos proporciona una muestra suficientemente representativa de los incidentes que con más frecuencia se dan en el ámbito residencial de nuestro entorno y que sería aplicable al resto de los centros residenciales del SEPAD. Por ello entendemos que podría servir para orientar los objetivos del Plan y establecer una línea base sobre la que evaluar el grado de cumplimiento de sus objetivos.

Por todo ello, con el presente Plan se pretende trazar las líneas directrices que permitan la paulatina implantación de la cultura de seguridad en los centros residenciales del SEPAD, mediante actuaciones de registro y análisis de incidentes y efectos adversos, la formación de profesionales y la puesta en marcha de actuaciones protocolizadas sobre los eventos más frecuentes, que favorezcan los entornos seguros y contribuyan al incremento de la calidad de vida de residentes.



3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Somos conscientes de la indefinición actual de la denominación “centro sociosanitario”, que abarca recursos de diversa tipología desde el punto de vista de la intensidad de la atención sanitaria, la duración de las estancias y perfil de cada paciente. Por ello, aclaramos de manera previa, el ámbito de actuación en el que se aplicará el presente Plan dentro del SEPAD.

Los servicios que actualmente gestiona el SEPAD son considerados servicios sociales especializados dirigidos a la promoción de la autonomía personal y a las situaciones de dependencia, derivadas de las situaciones de envejecimiento, discapacidad, trastorno mental, déficit funcional o deterioro cognitivo. Por tanto, los centros y servicios de los que dispone se entienden como centros de tipo social. La denominación de centro socio-sanitario, tomando como referencia el modelo de atención socio-sanitaria de nuestra región plasmado en el Plan Marco de Atención Socio-sanitaria 2005-2010, se aplica tan solo a los antiguos Hospitales Psiquiátricos que disponen de unidades de hospitalización para la patología subaguda y a las camas denominadas T2, que expresamente se definen como socio-sanitarias por atender, de manera intensa y sinérgica, las necesidades sanitarias y de dependencia de los pacientes derivados por el sistema sanitario.

En definitiva, además de los Centros Sociosanitarios de Plasencia y Mérida, el presente Plan se aplicará en el SEPAD a las residencias de mayores de gestión directa, a los centros residenciales para personas con discapacidad de Don Benito y Plasencia (CAMP) y a los Centros Residenciales de Deterioro Cognitivo de Montijo y Plasencia.

La aplicación a los centros que disponen de camas denominadas T1, T2 y T3, será objeto de aplicación paulatina y de negociación específica, en la medida en que las mismas se encuentran régimen de contratación tanto por parte del SES como del SEPAD.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: CULTURA DE SEGURIDAD, FACTORES HUMANOS Y ORGANIZATIVOS

OBJETIVOS

1. Crear y consolidar una estructura organizativa adecuada a nivel central y de las Gerencias Territoriales para implementar y coordinar la puesta en marcha de las líneas estratégicas priorizadas en Seguridad de Pacientes para la Comunidad Autónoma.
2. Analizar el nivel de la Cultura de Seguridad de profesionales (sanitarios y no sanitarios) del SEPAD y su percepción actual de la Seguridad de Pacientes mediante la aplicación del Cuestionario sobre Seguridad de Pacientes adaptado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

3. Difundir el Plan de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura y fomentar la participación activa de los profesionales en materia de seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Implementación de una persona referente de Seguridad de Pacientes en cada centro residencial del SEPAD y un coordinador de Seguridad de Pacientes en el ámbito del SEPAD para desarrollar la estructura de la Estrategia de Seguridad de Pacientes.
- Creación de una base de datos on-line donde poder volcar los datos obtenidos de las encuestas y otras actuaciones tanto locales como globales del SEPAD, que sea accesible para la totalidad de profesionales.
- Análisis de los resultados a nivel Autonómico, por Gerencias territoriales, centros residenciales y categoría profesional, con elaboración de un informe con difusión de los resultados a los estamentos implicados en la gestión de la Comunidad Autónoma y retroalimentación al equipo directivo y profesionales de los centros residenciales del SEPAD.
- Creación de un manual o banco de buenas prácticas en materia de seguridad de pacientes de los centros residenciales.
- Elaboración de planes operativos en materia de seguridad de pacientes, basado en el Plan de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura y que sea conocido por los profesionales.



INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	Designación de una Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	Primer año de vigencia del Plan
	Porcentaje de centros que disponen de un referente en seguridad de pacientes	N.º de centros que disponen de un referente de seguridad de pacientes x 100 / n.º total de centros del SEPAD	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	50% segundo año vigencia del Plan 100% último año vigencia del Plan
	Porcentaje de encuestas de valoración del clima de Seguridad de Pacientes realizadas por los profesionales de los centros residenciales	N.º de encuestas de valoración del clima de Seguridad de Pacientes realizadas por los profesionales de los centros residenciales / n.º de profesionales de los centros residenciales	P	Referente de seguridad de los centros residenciales	35% al finalizar la vigencia del Plan
	Porcentaje de centros que han realizado informe sobre el clima de seguridad por Gerencia Territorial	N.º centros que han realizado informe sobre el clima de seguridad por Gerencia Territorial / n.º de centros del Gerencia Territorial de la Comunidad Autónoma de Extremadura	P	Referente de seguridad de los centros residenciales	75% al finalizar la vigencia del Plan
	Porcentajes de centros que han impartido información/formación sobre el Plan de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	N.º de centros que han impartido información/formación sobre el Plan de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura x 100 / n.º de centros residenciales del SEPAD	P	Referente de seguridad de los centros residenciales	50% segundo año vigencia del plan 100% al finalizar la vigencia del Plan
	Sesiones informativas a gerente y equipo directivo de los centros residenciales sobre los resultados del clima de seguridad	N.º de sesiones informativas a gerente y equipo directivo sobre los resultados del clima de seguridad / n.º de gerencias territoriales del SEPAD		Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	50% segundo año vigencia del plan 100% al finalizar la vigencia del Plan
	Porcentaje de sesiones informativas a los profesionales sobre los resultados del clima de seguridad	N.º de sesiones informativas a los profesionales sobre los resultados del clima de seguridad / n.º de centros residenciales de la Comunidad Autónoma de Extremadura		Coordinadora de Seguridad de Pacientes del SEPAD	50% segundo año vigencia del plan 100% al finalizar la vigencia del Plan

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

2.1. Promover el uso seguro del medicamento

OBJETIVOS

1. Potenciar el uso seguro del medicamento en todas sus fases (dispensación y administración) para conseguir la optimización de la farmacoterapia y la mejora de los resultados terapéuticos en cada paciente, así como minimizar y reducir los Errores de Medicación (EM).
2. Garantizar la continuidad asistencial, asegurando a los pacientes la revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que está tomando tanto en las transiciones asistenciales como cuando es atendido por cada profesional sanitario.

ACTUACIONES

- Implantación y desarrollo del Seguimiento farmacoterapéutico de residentes en los centros residenciales y en el contexto de la atención farmacéutica.
- Diseñar e implantar guías o protocolos de procedimientos normalizados de administración de medicamentos en los centros residenciales, incluyendo identificación inequívoca de pacientes, fármaco, fecha, hora, dosis y vía de administración, alergias, no interrupción a la hora de preparación y administración de medicación.
- Difusión y aplicación de guías o protocolos de Medicamentos de Alto Riesgo en los centros residenciales.
- Participación en el desarrollo e implantación del Protocolo del proceso de conciliación de la medicación en la transición asistencial y cuando es atendido por un nuevo profesional sanitario, asegurando la revisión y actualización de esta a las necesidades de salud de cada paciente en los centros residenciales.



INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Seguimiento farmacoterapéutico en los centros residenciales del SEPAD	N.º de centros residenciales con seguimiento farmacoterapéutico / n.º de centros residenciales del SEPAD	P	Referente de seguridad de los centros residenciales	
	Guía o protocolo de procedimientos normalizados de administración de medicamentos en los centros residenciales	N.º de centros que ha elaborado una guía o protocolo de procedimientos normalizados de administración de medicamentos centros residenciales x 100 / n.º centros residenciales del SEPAD	E	Referente de seguridad de los centros residenciales	30% en el segundo año de vigencia del plan y 60% en el tercero y 90% en el siguiente
	Porcentaje de profesionales del centro residencial formados en las guías o protocolos de procedimientos normalizados administración de medicamentos	N.º profesionales del centro residencial formados en las guías, protocolos y procedimientos normalizados de administración de medicación x 100 / n.º profesionales del centro residencial	P	Referente de seguridad de los centros residenciales	30% en el segundo año de vigencia del plan y 60% en el tercero y 90% en el siguiente
	Implantación del Protocolo de Proceso de Conciliación de la Medicación	N.º de Centros residenciales que tienen facultativo incorporado que aplican el programa de conciliación x 100 / n.º Centros residenciales totales del SEPAD	R	Referente de seguridad de los centros residenciales	Tercer año

2.2. Vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso optimizado de antimicrobianos

OBJETIVOS

1. Potenciar los sistemas de vigilancia epidemiológica como base de los programas de prevención y control de las IRAS.
2. Implantar el desarrollo de medidas dirigidas a la prevención y control de las IRAS.
3. Promover el uso optimizado de antimicrobianos en los centros asistenciales.

ACTUACIONES

VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

- Mantenimiento, actualización y consolidación de la Guía de actuación para el cuidado de residentes infectados o colonizados por microorganismos multirresistentes SEPAD-SES.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS

- Fomentar y mantener el Programa higiene de manos en todos los centros residenciales del SEPAD.
- Potenciar el uso de soluciones de base alcohólica para higiene de manos en los centros residenciales.
- Concienciar y fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos de la totalidad de profesionales en todos los centros residenciales.
- Impulsar la labor de las Unidades y profesionales referentes en higiene de manos en los diferentes centros en materia de asesoramiento y formación para el resto de las profesionales.
- Distribución de material divulgativo de higiene de manos entre profesionales.
- Concienciar y fomentar la adherencia a una adecuada higiene de manos a pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes en todos los centros residenciales.
 - Impulsar la formación por parte de profesionales a pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes en higiene de manos durante su estancia en los centros.
 - Distribuir materiales dirigidos a pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes que faciliten conocer la importancia y técnica de una correcta higiene de manos.
- Potenciar la participación de profesionales, pacientes, familiares, personal cuidador y visitantes en la Jornada Mundial de la Higiene de manos el 5 de mayo.

HIGIENE HOSPITALARIA

- Aplicar la guía o protocolo del uso adecuado de antisépticos y desinfectantes de los centros sanitarios y centros residenciales.

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EN UNIDADES ASISTENCIALES Y CENTROS RESIDENCIALES

- Implantar el proyecto Infección del Tracto Urinario Zero (ITU Zero) para la prevención de las infecciones urinarias relacionadas con el uso de sondaje vesical en los centros residenciales adaptándolas a sus características.



- Actualizar y desarrollar nuevas guías de actuación y programas específicos de prevención y control de las infecciones adaptadas a los centros residenciales.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos
	Dispensadores de preparados de base alcohólica	$N.^\circ$ dispensadores de preparados de base alcohólica en las salas de estar, salas de curas y carros de curas $\times 100 / n.^\circ$ de salas de estar, salas de curas y carros de curas del centro residencial	E	
	Profesionales sanitarios con formación en "Proyecto ITU-ZERO"	$N.^\circ$ profesionales sanitarios de los centros residenciales formados en el proyecto "ITU-ZERO" $\times 100 / n.^\circ$ profesionales sanitarios de los centros residenciales	P	Programa ITUZ

2.4. Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de pacientes

2.4.1 Prevención de caídas y lesiones asociadas

OBJETIVO

1. Disminuir el número de caídas y lesiones asociadas en los residentes.

ACTUACIONES

- Participar en la elaboración del protocolo unificado para la prevención, detección y evaluación del riesgo de caídas de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con medidas basadas en la evidencia.
- Formar a profesionales en la prevención de caídas.
- Identificar a pacientes con riesgo de caídas.
- Educar a pacientes, familiares y personal cuidador en la prevención del riesgo de caídas.
- Establecer planes de cuidados efectivos y personalizados para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de caída.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Protocolo actualizado de prevención, detención y evaluación de caídas	Participación de profesionales del SEPAD en la elaboración del protocolo de prevención, detención y evaluación de caídas de la Comunidad Autónoma de Extremadura	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Sin estándar
	Porcentaje de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre el Protocolo de prevención, detección y evaluación de caídas	$N.º \text{ de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre el Protocolo de prevención, detección y evaluación de caídas } \times 100 / n.º \text{ de profesionales de enfermería del centro residencial}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Centros residenciales con implantación del protocolo de prevención de caídas	$N.º \text{ de centros residenciales con implantación del protocolo de prevención de caídas } \times 100 / n.º \text{ Centros residenciales del SEPAD}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Porcentaje de residentes a los que se ha valorado el riesgo de caídas	$N.º \text{ de residentes a los que se ha valorado el riesgo de caída en un periodo } \times 100 / n.º \text{ total de residentes asistidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Porcentaje de residentes atendidos en el centro residencial con evaluación del riesgo de caídas a los que se le ha realizado plan de cuidados para evitar las caídas	$N.º \text{ de residentes atendidos con evaluación de riesgo de caídas a los que se les ha realizado plan de cuidados para evitar las caídas } \times 100 / n.º \text{ total de residentes atendidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Porcentaje de residentes que sufren caídas durante la estancia	$N.º \text{ de pacientes/residentes que sufren caídas durante la estancia hospitalaria o ingreso } \times 100 / n.º \text{ total de residentes atendidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	Disminución progresiva anual a partir de la implantación en la unidad o centro



2.4.2 Prevención de úlceras por presión

OBJETIVO

1. Disminuir el número de úlceras por presión en pacientes inmovilizados ingresados en centros residenciales del **SEPAD**.

ACTUACIONES

- Participar en la actualización de la “Guía Extremeña para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión” de la Comunidad Autónoma.
- Difusión del Protocolo normalizado de prevención y tratamiento de úlceras por presión de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Educar a familiares y personal cuidador principales en la prevención de UPP.
- Valoración del riesgo de UPP.
- Monitorizar la aplicación de las recomendaciones para la detección, prevención y tratamiento y seguimiento de las UPP.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Guía actualizada para la prevención, detección, y tratamiento de UPP en todos los niveles asistenciales para la Comunidad Autónoma de Extremadura	Existencia de guía actualizada para la detección, prevención y tratamiento de UPP en todos los niveles asistenciales para la comunidad extremeña que recoja recomendaciones para familias y cuidadores con participación de profesionales del SEPAD	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad de Extremadura	Actualizada cada 3 años
	Porcentaje de centros residenciales que han hecho difusión de la Guía actualizada para la prevención, detección, y tratamiento de UPP entre profesionales	$N.º \text{ de centros residenciales que han realizado difusión de la Guía de UPP} \times 100 / n.º \text{ de centros residenciales del SEPAD}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Centros residenciales con implantación de la Guía actualizada para la prevención, detección, y tratamiento de UPP	$N.º \text{ de centros residenciales con implantación de la Guía actualizada para la prevención, detección, y tratamiento de UPP} \times 100 / n.º \text{ Centros residenciales del SEPAD}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	50% en el segundo año de vigencia del plan y 50% en el tercer año
	Porcentaje de residentes a los que se ha valorado el riesgo de UPP	$N.º \text{ de residentes a los que se ha valorado el riesgo de UPP en un periodo} \times 100 / n.º \text{ total de residentes asistidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de residentes atendidos en el centro residencial con evaluación del riesgo de úlceras a los que se le ha realizado plan de cuidados en UPP	$N.^\circ \text{ de residentes atendidos con evaluación de riesgo de UPP a los que se les ha realizado plan de cuidados de UPP} \times 100 / n.^\circ \text{ total de residentes atendidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Porcentaje de residentes que desarrollan UPP durante la estancia	$N.^\circ \text{ de pacientes/residentes que desarrollan UPP durante la estancia hospitalaria o ingreso} \times 100 / n.^\circ \text{ total de residentes atendidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	Disminución progresiva anual a partir de la implantación en la unidad o centro



2.4.3 Seguridad en la contención física de residentes que lo requieran

OBJETIVO

1. Disminuir el número de sujeciones mecánicas, definiendo el procedimiento específico para hacerlo más seguro.

ACTUACIONES

- Realizar una Guía para la comunidad autónoma que contenga la correcta indicación, procedimiento y responsabilidades en los distintos ámbitos, teniendo en cuenta la evidencia científica, los derechos de residentes y el respeto al mismo, así como la legislación actual con la finalidad evitar EA derivados de su aplicación.
- Formar a profesionales en la correcta aplicación de esta guía.
- Monitorizar la aplicación de las recomendaciones a través de la evaluación de indicadores.
- Realizar la planificación de los cuidados a residentes con contención mecánica teniendo en cuenta que éstos deben tener una vigilancia más estrecha y continua por el personal de enfermería.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Fuente de datos	Tipo	Estándar
	Guía para la sujeción mecánica para la comunidad autónoma que recoja el procedimiento en atención primaria y especializada y centros residenciales	Participación de profesionales de los centros residenciales del SEPAD en la elaboración de la guía	Coordinadora Seguridad Pacientes Comunidad Autónoma	E	Actualizada cada 5 años al menos
	Difusión de Guía entre los centros residenciales	N.º de centros que han realizado difusión de la Guía/ n.º de centros del SEPAD	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	P	50% tercer año de vigencia del plan y 90 % año siguiente
	Porcentaje de profesionales de que han recibido formación en la práctica de sujeción mecánica en los centros	N.º de profesionales que han recibido sesiones o formación sobre sujeción mecánica x100/Total de profesionales de los centros	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	P	50% tercer año de vigencia del plan y 90 % año siguiente

Objetivo	Título	Fórmula	Fuente de datos	Tipo	Estándar
	Porcentaje de pacientes con sujeción mecánica atendidos en centros residenciales	$N.^\circ$ de residentes con sujeción mecánica atendidos en centros residenciales $\times 100 / n.^\circ$ total de residentes	Auditoría de la historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	R	<20%
	Existencia de consentimiento informado del residente o persona responsable en los centros residenciales tanto en contenciones parciales como totales	$N.^\circ$ de residentes de los centros residenciales con consentimiento informado firmado $\times 100 / n.^\circ$ total de residentes	Auditoría de la historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial (consentimiento escrito o verbal registrado)	P	100%
	Porcentaje de residentes con sujeción mecánica total con indicación facultativa en los centros residenciales	$N.^\circ$ de residentes sometidos a sujeción mecánica con indicación facultativa en los centros residenciales $\times 100 / n.^\circ$ total de residentes	Auditoría de la historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	P	100%
	Porcentaje de residentes con contención mecánica con vigilancia documentada de riesgos derivados de la sujeción.	Porcentaje de residentes sometidos a sujeción mecánica que tienen documentada la vigilancia de riesgos derivados de la misma $\times 100 / n.^\circ$ total de residentes con sujeción mecánica	Auditoría de la historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	R	100%
	Porcentaje de residentes con sujeción mecánica que tienen planificación de cuidados relativos a la sujeción	Porcentaje de residentes con contención mecánica con planificación de cuidados para la contención $\times 100 /$ total de residentes con sujeción mecánica	Auditoría de la historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	P	100%



2.4.4 Prevención de la broncoaspiración

OBJETIVO

1. Prevenir la broncoaspiración en los residentes de los centros residenciales del SEPAD.

ACTUACIONES

- Elaborar protocolo unificado de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la prevención, detección y evaluación del riesgo de broncoaspiración con medidas basadas en la evidencia para su aplicación en los centros residenciales.
- Formar a profesionales en la prevención del riesgo de broncoaspiración.
- Identificar pacientes con riesgo de broncoaspiración.
- Educar a pacientes y familiares en la prevención del riesgo de broncoaspiración.
- Establecer planes de cuidados efectivos y personalizados para la prevención, detección, actuación y evaluación ante el riesgo de broncoaspiración.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Protocolo actualizado de prevención, actuación y evaluación de pacientes con riesgo de broncoaspiración	Existencia de protocolo actualizado de prevención, actuación y evaluación de broncoaspiración	E	Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura	Sin estándar
	Porcentaje de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre seguridad de pacientes prevención de broncoaspiración	$N.º \text{ de profesionales de enfermería que reciben formación/difusión sobre seguridad de residentes prevención de broncoaspiración} \times 100 / n.º \text{ de profesionales de enfermería del centro}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año
	Unidades con implantación del protocolo de prevención de broncoaspiración.	$N.º \text{ de Unidades o centros con implantación del protocolo de prevención de broncoaspiración.} \times 100 / n.º \text{ total Centros}$	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	50% en el segundo año de vigencia del plan y 100% en el tercer año

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Porcentaje de residentes a los que se ha valorado el riesgo de broncoaspiración	$N.º \text{ de residentes a los que se ha valorado el riesgo de broncoaspiración en un periodo X100} / \text{Total de residentes asistidos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Porcentaje de residentes a los que se le ha realizado el plan de cuidados el riesgo de caída	$N.º \text{ de residentes a los que se le ha realizado el plan de cuidados de prevención de aspiración X100} / \text{Total de residentes internos}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	100%
	Porcentaje de residentes que sufren broncoaspiración durante la estancia en el centro	$N.º \text{ de residentes que sufren durante su estancia en el centro X100} / \text{Total de residentes atendidos en el centro}$	R	Auditoría Historia clínica referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	Disminución progresiva anual a partir de la implantación en la unidad o centro

2.6 Promover la comunicación entre profesionales

OBJETIVOS

1. Mejorar la efectividad de la comunicación entre profesionales de las unidades de hospitalización, servicios, y niveles asistenciales.
2. Estandarizar la comunicación de profesionales en los cambios de turno, traslados y transferencia entre niveles asistenciales del paciente.

ACTUACIONES

- Desarrollar e implantar protocolos de uso de técnicas de traspaso de información clínica estructurada y con un lenguaje común para transmitir la información significativa y sustancial en los cambios de turno.
- Participar en la elaboración del protocolo de uso de técnicas de traspaso de información clínica estructurada y con un lenguaje común para transmitir la información significativa y sustancial en los traslados y transferencia entre niveles asistenciales e implantar en los centros residenciales del SEPAD.



INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Protocolos implantados de traspaso de información entre niveles asistenciales	N.º de centros en los que se ha implantado el protocolo sobre el traspaso de información clínica estructurada / n.º de centros residenciales	R	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	
	Protocolos implantados de traspaso de información en los cambios de turno	N.º de protocolos desarrollados e implantados en los centros sobre el traspaso de información clínica estructurada para los cambios de turnos / n.º centros residenciales	R	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: GESTIÓN DEL RIESGO Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE LOS INCIDENTES

OBJETIVOS

1. Promover la gestión proactiva del riesgo en los centros residenciales.
2. Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes.

ACTUACIONES

- Impartir formación sobre gestión del riesgo y sistemas de notificación entre profesionales de los centros residenciales del SEPAD.
- Creación de Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos en los centros residenciales que realicen la gestión proactiva del riesgo, identificando los riesgos potenciales de seguridad, acciones de mejora e indicadores de resultados.
- Difundir un manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo que defina la infraestructura organizativa de la gestión de riesgos en los distintos niveles, definiendo la persona responsable, estructura de apoyo y la planificación o actuaciones que cada una debe desarrollar con la metodología, herramientas de análisis y evaluación proactiva del riesgo.
- Ampliar el número de centros adheridos al *Sistema de Notificación de Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)* del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para la notificación de EA y mantener el mayor número de ellos "activos".

- Mantener operativo el Núcleo de Seguridad del Área SEPAD para el análisis, gestión de notificaciones y elaboración de propuestas de mejora.
- Establecer mecanismos de retroalimentación y difusión entre profesionales de las notificaciones y las acciones de mejora implantadas, sesiones clínicas, reuniones en los centros residenciales.

INDICADORES

Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
	Centros residenciales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo (UFGR) funcionantes	N.º centros residenciales con Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos (UFGR) operativas en la C.A. x 100 / n.º centros residenciales de la C.A.	E	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	
	Centros residenciales con sistemas de notificación de incidentes	N.º Centros residenciales de la C.A. en los que se utiliza algún Sistema de Notificación de incidentes x 100 / n.º Centros residenciales de la C.A.	E	Referente de Seguridad de Pacientes del centro residencial	80%
	Formación entre los profesionales de los centros residenciales del manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo	N.º de profesionales formados sobre el manual de funcionamiento de las Unidades Funcionales del Riesgo / n.º de profesionales de los centros residenciales	P	Referente de Seguridad de Pacientes del Centro Residencial	
	Porcentaje de núcleos de seguridad operativos	Número de núcleos de seguridad operativos x 100 / n.º total núcleos de seguridad Observaciones: entendemos como un núcleo de seguridad operativo : que se ha reunido al menos 4 veces al año sin contar las reuniones necesarias para realizar los ACR de su área y se certificarán mediante las actas	P	Área de Salud	
L303.2.13	Ratio de notificaciones en hospitales	N.º incidentes notificados en el periodo analizado x 100 / n.º camas		SINASP	
L303.2.15	Gravedad de los incidentes notificados	N.º notificaciones con SAC 1 y SAC 2 x 100 / n.º notificaciones recibidas en el periodo analizado		SINASP	
L303.2.16	Identificación del notificante	N.º notificaciones con notificante identificado x 100 / n.º notificaciones recibidas en el periodo analizado		SINASP	
L303.2.18	Tiempo medio de gestión de las notificaciones	Σ del tiempo de gestión de las notificaciones / n.º notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado		SINASP	



Objetivo	Título	Fórmula	Tipo	Fuente de datos	Estándar
L3O3.2.20	Notificaciones con acciones de gestión documentadas	$N.^\circ \text{ notificaciones gestionadas con acciones de gestión documentadas} \times 100 / n.^\circ \text{ notificaciones cuya gestión ha finalizado en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.21	Notificaciones SAC1 y SAC2 con indicación de ACR	$N.^\circ \text{ notificaciones SAC 1 y SAC 2 en que se ha indicado un ACR como método de gestión} \times 100 / n.^\circ \text{ notificaciones SAC 1 y SAC 2 gestionadas en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.22	Notificaciones con indicación de ACR	$N.^\circ \text{ notificaciones en que se ha indicado un ACR como método de gestión} \times 100 / n.^\circ \text{ notificaciones gestionadas en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.23	ACR finalizados	$N.^\circ \text{ Análisis Causa Raíz (ACR) finalizados} \times 100 / n.^\circ \text{ notificaciones gestionadas en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.24	Reuniones del grupo encargado del análisis de notificaciones	$N.^\circ \text{ reuniones del grupo encargado del análisis de las notificaciones en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.25	Envío de email a los notificantes	$N.^\circ \text{ notificaciones con emails de feedback enviados} \times 100 / n.^\circ \text{ notificaciones con dirección de email del notificante gestionadas en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.27	Informes difundidos a los profesionales	$N.^\circ \text{ informes de feedback difundidos a los profesionales del centro en el periodo analizado}$		SINASP	
L3O3.2.28	Sesiones de presentación de casos	$N.^\circ \text{ sesiones de presentación de casos de notificaciones realizadas en el periodo analizado}$		SINASP	

BIBLIOGRAFÍA





Abizanda, P., Espinosa, J. M., Vela, R., & López, A. Documento de consenso sobre Prevención de Fragilidad y Caídas en la Persona Mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.

Aibar Remón C, Rabanaque Hernández MJ, Sangrador Arenas, LA. *Prevención de los efectos adversos*. En: JM Aranz, C Aibar, J Vitaller, JJ Mira, (2008). *Gestión Sanitaria Calidad y Seguridad de los Pacientes*. Madrid: Díaz de Santos, pp.265-270.

Álvarez Lerma F, Gracia-Arnillas MP, Otall JJ., Palomar M., Olaechea P., Martínez Pellus A., Arenzana A., Ballesteros JC. Grupo de Estudios ENVIN-HELICS. Urethral catheter-related urinary infection in critical patients admitted to the ICU. Descriptive data of the ENVIN-UCI study. *Medicina Intensiva*. 2013

Álvarez Lerma F, Carrasco M., Otall JJ., Palomar M., Olaechea P., Martínez Pellus A., Arenzana A., Ballesteros JC. Grupo de Estudios ENVIN-HELICS. Invasive device-related infections after heart surgery. *Medicina Intensiva*. 2013.

Aranaz Andrés, J., 2017, *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. Madrid: Fundación Mapfre.

Avin, K. G., Hanke, T. A., Kirk-Sanchez, N., McDonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). *Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association*. *Physical therapy*, 95(6), pp.815-834.

Borges Sá M., Candel González, MJ., Ferrer Roca R., Vidal Cortés P., Zaragoza Crespo R. Código Sepsis. Documento de Consenso. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014.

Buenas Prácticas en actuación sanitaria frente a la Violencia de Género en el SNS. Ministerio de Sanidad Consumo y seguridad Social. Año 2017.

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP_VIOLENCIA_2017.htm

Cristian Rocco, Alejandro Garrido (2017). *Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad*. *Rev. Med. Clin. Condes.*, 28 (5), pp.785-795.

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Estrategia de seguridad del Paciente en Asturias 2015 -2020; 2015.

European Commission. Public Health. Patient Safety [Internet]. [sede web]. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:

http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm

Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. (2014). Sociedad española de geriatría y gerontología.

García, E., Rodríguez Escobar, J. and Altarribas Bolsa, E. (2009). Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, pp.125-195.

Guía clínica de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. SACYL. Junta de Castilla y León. Año 2017.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero.ficheros/958126-Gu%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20de%20actuaci%C3%B3n%20sanitaria%20ante%20la%20Violencia%20de%20G%C3%9nero.pdf>

Instituto de la Mujer de Extremadura (imex) (2017). *Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX) 2 V Plan Estratégico para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de Extremadura 2017 - 2021 V Plan Estratégico para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de Extremadura 2017 - 2021.*

JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud (2017). *PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.* Mérida.

Junta de Extremadura. Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016. Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud; 2011.

JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud (2011). *Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.* Montijo: JUNTA DE EXTREMADURA. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud.

Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales (2017). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.*

La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf



Martín Iglesias, V., Pontón Soriano, C., Quintián Guerra, M., Velasco Sanz, T., Merino Martínez, M., Simón García, M. and González Sánchez, J. (2012). Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 23(4), pp.164-170.

Martín MC, Cabré LI, Ruíz J, et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017. *Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias*. 4, 21-156.

Martín-Pero Aparicio, V. and Sánchez Santos, A. (2010). Guía extremeña para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *La seguridad del paciente en siete pasos*. Madrid 2005.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid 2009.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis de la cultura de seguridad de los profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid 2014.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadCaidas_personamayor.pdf.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Programa de cirugía segura del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020; Madrid 2016.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) Proyecto Infección Quirúrgica Zero. Madrid: MSSSI; 2017.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Programa de Higiene de Manos. 2018.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Proyecto Neumonía Zero 2018.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Proyecto Bacteriemia Zero 2018.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Proyecto ITU Zero 2018.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Proyecto Resistencia Zero en las UCIs 2018.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos 2018.

Muñoz Mella, M^a. Antonia, Ezepeleta Sáenz de Urturi, Estíbaliz, Enríquez de Salamanca, Ignacio, Rey Barbosa, M^a. Teresa, Quintela Porro, Valle, & Román Vila, Alejandra. (2009). Estrategia para la prevención de EA en el anciano hospitalizado. *Gerokomos*, 20(3), 118-122. Recuperado en 04 de marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000300004&lng=es&tlng=es.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Segundo Reto Mundial por la seguridad del paciente. La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS; 2008.

Organización Mundial de la Salud. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy; 2009.

Organización Mundial de la Salud. Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009.

Organización Mundial de la Salud. Improving the prevention, diagnosis and clinical management of sepsis. Mayo 2017.

Pacheco, J. F., & Contreras, E. (2008). Manual metodológico de evaluación multicriterio para programas y proyectos.

Phaneuf, M., López, C. M. G., & Ruíz, J. L. (1993). *Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería: orientación para el diagnóstico de enfermería*. Interamericana-McGraw-Hill.

Phaneuf M. (1999). *La planificación de los cuidados enfermeros*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Pancorbo-Hidalgo, P., García-Fernández, F., Torra i Bou, J., Verdú Soriano, J. and Soldevilla-Agreda, J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), pp.162-170.



Patients for Patient Safety. London Declaration [Internet]. World Health Organization. 2005 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/

Plan Nacional de Resistencia Antibióticos. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2017. [acceso 07/03/2019]. URL: <http://www.resistenciaantibioticos.es/es/profesionales>

Plan Nacional de Resistencia Antibióticos. Programa de optimización de uso de antibióticos (PROA) [Internet]. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); 2017. [acceso 07/03/2019]. URL: http://www.resistenciaantibioticos.es/es/system/files/content_images/programas_de_optimizacion_de_uso_de_antibioticos_proa.pdf

Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. 2016
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Violencia%20de%20Género/protocolo_violencia_genero.pdf

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Informes, estudios e investigación 2012 ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActS_n_2012.pdf.

Protocolo de contención de pacientes. (2018). Gobierno del Principado de Asturias.

Protocolo de contención de pacientes. (2018). Servicio de salud del Principado de Asturias.

Protocolo de vigilancia epidemiológica de la violencia de género de Extremadura. Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. 2010.
https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Principal/Violencia%20de%20Género/protocolo_vigilancia_violencia_genero.pdf

Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA). Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Año 2009.
<http://sivio.san.gva.es/documents/71299/89752/Protocolo+violencia+de+género+3ª%20edición+CASTELLANO.pdf> .

Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 97, (16-04-1987).

Rhodes A., Evans LE., Alhazzani W. Levy M., Antonelli M., Ferrer R. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and septic Shock: 2016. Critical Care Medicine. March 2017.

Saturno, P. (2008). Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones, pp.36, 42, 46, 51.

Servicio de salud principado de Asturias (2015). DOCUMENTO SOBRE LA SUJECIÓN FÍSICA Y FARMACOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA.

Servicio Extremeño de Salud (2017). Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de la red de salud mental de Extremadura.

Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Madrid 2015.

SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012.

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Documento marco del sistema nacional de vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Documento_marco_Vig_IRAS_Nov2017.pdf

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Protocolo de vigilancia de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (Protocolo-BROTOS) [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-BROTOS_Nov2017.pdf

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica (Protocolo-ILQ) [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL:

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-ILQ_Nov2017.pdf

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Protocolo general de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de



especial relevancia clínico-epidemiológica (Protocolo-MMR [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-MMR_Nov2017.pdf.

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de cuidados intensivos (Protocolo-UCIs) [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-UCIs_Nov2017.pdf.

Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Protocolo de la encuesta de prevalencia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso de antimicrobianos (Protocolo-Prevalencia IRAS) [Internet]. España: Instituto de Salud Carlos III; 2017. [acceso 07/03/2019]. URL: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/pdf_2017/Protocolo-PrevalenciaIRAS_Nov2017.pdf.

Silva Gama, Z. A. D., Gómez Conesa, A., & Sobral Ferreira, M. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España: una revisión sistemática, 2007. *Revista española de salud pública*, 82, 43-55.

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas. Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales. (ENVIN-HELICS). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2017.

Viana, T. S., Martín, M. R. G., Crespo, F. N., Rodríguez, E. M. V., Merino, G. M., Ruiz, J. M. G., ... & Quintas, C. G. N. (2011). ¿Cuál es la incidencia de caídas real en un hospital? *Enfermería clínica*, 21(5), 271-274.

World Health Organization. (2009). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura a Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud Resumen. *World Heal Organ*, 3-80.

3.º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009: Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. (2011). Gerokomos.

ANEXO I





ESTRATEGIA 1: LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD

1.1 LIDERAZGO, ORGANIZACIÓN Y CULTURA

1.1.1 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES

La estructura organizativa a nivel de Servicios Centrales del SES está constituida por la Comisión Central de Seguridad del Paciente, unidad funcional del SES dependiente de la Dirección General de Salud Pública, en donde, como órgano ejecutivo y planificador, se establecerán las prioridades estratégicas en materia de seguridad de pacientes.

En ella están representados/as:

- Directora General de Salud Pública
- Coordinadora Regional de Seguridad de Pacientes
- Representante del Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes
- Representante de la Dirección General de Salud Pública
- Directores de Salud de las áreas
- Coordinadores de Seguridad de Pacientes de cada una de las áreas y/o de Calidad
- Representante de la Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitaria y Sociosanitaria
- Un responsable de las distintas subdirecciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Representante del SEPAD

Esta Comisión Central se ha reunido cumpliendo el indicador de hacerlo mínimo tres veces al año como está definido en el Reglamento de la comisión Central de Seguridad de Pacientes.

Se ha creado la **Coordinación de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma de Extremadura** que es responsable de la estrategia a nivel autonómico y depende de la Dirección General de Salud Pública.

Para completar la estructura de Seguridad de Pacientes se ha nombrado un profesional facultativo **responsable de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS)**, además de la estructura creada en 2016 que se mantiene operativa, así los **Coordinadores y Responsables de Seguridad de Pacientes** de las Áreas implementan en sus respectivas Áreas las medidas de Seguridad acordadas y realizan el seguimiento y evaluación de estas.

- Se mantiene activo el **Núcleo de Seguridad de Pacientes en las Áreas** con reuniones para analizar las notificaciones y acciones de mejora que se han detectado, su puesta en marcha y seguimiento de estas.
- Siete de las ocho Áreas tiene constituida la **Comisión de Calidad y Seguridad de Pacientes**.

1.1.2 CULTURA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

El número de actividades realizadas para la difusión de buenas prácticas en seguridad de pacientes es muy variable según el Área de Salud, la media anual al comienzo de la aplicación del plan empezó siendo baja, el número ha ido progresivamente aumentando hasta llegar a la media actual que es de unas 50 actividades al año.

La misma progresión ha experimentado el porcentaje de profesionales que reciben formación continua en materia de seguridad de pacientes por Área de Salud, actualmente es de una media del 60%, siendo este más bajo en Atención Primaria.

El número de medidas puestas en marcha para mejorar la notificación interna de efectos adversos es muy variable, oscilando entre 3 y 30 medidas según el Área de Salud.

En tres Áreas de Salud se ha realizado un informe sobre cultura de seguridad realizado a partir de encuestas a profesionales, dos de ellos en hospitales y uno en Atención Primaria. No se ha realizado para pacientes.

1.1.3 FOMENTO DE LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL Y LIDERAZGO LOCAL

El número de profesionales con implicación en las estructuras organizativas relacionadas con la seguridad de pacientes en cada Área de Salud es variable según éstas, dos profesionales están implicados en algún área y 25 en las que mayor número tienen.

El número de profesionales con implicación en la elaboración de planes operativos de seguridad de pacientes van desde 8 en el área que tiene menor número de profesionales implicados, a los 40 en el área que tiene mayor número.

No se realizan actualmente en la Comunidad Autónoma de Extremadura acuerdos de gestión con los profesionales, sí con los equipos directivos con un peso específico del 2% aproximadamente sobre el total del contrato.

No se ha diseñado ni desarrollado un sistema de reconocimiento para profesionales que participen en las actividades de seguridad de pacientes.



1.1.4 SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y SEGURIDAD DE PACIENTES

En un Área de Salud se han elaborado guías para pacientes para cada planta de Hospitalización.

No existe un programa formativo específico dirigido a pacientes y usuarios/as, aunque sí que existe la escuela de salud de pacientes en Castuera y la Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura.

En la Memoria anual de la Defensora del Usuario del Sistema Sanitario Público de Extremadura podemos observar la bajada discreta de forma global de expedientes, es decir, de reclamaciones y solicitudes de aplicación de la L.T.R. (Ley de Tiempos de Respuesta en Atención Sanitaria Especializada por incumplimiento de los plazos establecidos en la misma), un descenso del 9% respecto al año 2016. Asimismo, el dato más llamativo es que las reclamaciones se han incrementado un 30% respecto al ejercicio anterior, y las L.T.R. han descendido respecto al año 2016, un 27%.

ACTIVIDAD DEFENSORA USUARIOS 2017

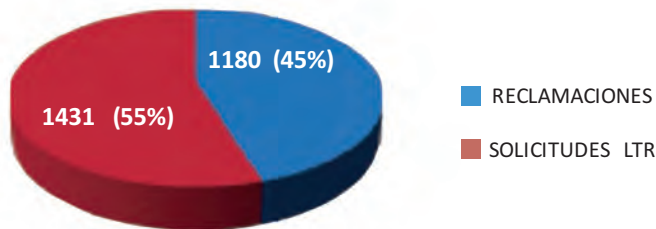


Ilustración 14. Memoria 2017 de la Defensora de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Los motivos más reclamados en el ejercicio 2017 fueron, nuevamente, por la disconformidad por listas de esperas y citaciones, en 941 casos, un 80%.

Seguidos por la disconformidad por la Organización y Normas en 120 casos, y por la disconformidad con la Atención Personal y/o Asistencial en 102 casos.

1.1.5 INDICADORES DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Se han definido y evaluado los indicadores en áreas clave de Seguridad de Pacientes en ámbitos hospitalario y ambulatorio.

Estos indicadores se incluyen en los contratos de gestión con los gerentes de área y con los profesionales, como un acuerdo entre las partes, sin incentivos concretos.

1.1.6 OBSERVATORIO DE SEGURIDAD DE PACIENTES DEL SES

No se ha desarrollado el Observatorio de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.

1.1.7 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

No existe un programa formativo dirigido a pacientes y usuarios/as.

En cuanto a las encuestas de satisfacción relacionadas con procesos operativos claves, se ha puesto en marcha y realizado un estudio piloto en un Área de Salud, previo a la distribución de las encuestas e implantación en todas las Áreas de Salud. Y a partir de su recepción se realizarán encuestas de satisfacción tanto a pacientes atendidos en atención primaria como especializada en todos los centros sanitarios públicos de Extremadura.

Con los datos recogidos en las encuestas del estudio piloto se realizará un informe en base a su lectura y comparativa con anteriores encuestas, que está previsto pueda publicarse a finales de este año.

1.1.8 FORMACIÓN

Dentro del Programa de Formación en Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria de Extremadura hay una línea de formación específica de Seguridad de Pacientes y cada año se han incluido dos o tres cursos anuales de formación de distintas líneas.

Además, se ha impartido formación acreditada, aunque no incluida en el DOE y que se ha impartido en las áreas de salud.

La Escuela de Cuidados y Salud nace para ser un espacio de intercambio de conocimiento y experiencias entre pacientes, familiares, personas cuidadoras y asociaciones de toda Extremadura, que proporciona un aprendizaje colaborativo y tiene como finalidad la educación para la salud y promocionar hábitos de vida saludables, lo que la convierte en diferente es que los docentes son los propios pacientes, familiares y ciudadanía en general (Agentes de Salud) – dinamizadores juveniles, voluntarios, usuarios del sistema sanitario, social y de dependencia- la metodología se basa en la formación entre iguales.

Busca mejorar la salud de la población en general y la calidad de vida de las personas con una enfermedad crónica en particular. Existen algunos factores clave que han influido en su puesta en marcha y en los criterios de priorización que se ha seguido para iniciar la constitución de las Aulas de Cuidados en Extremadura y que tienen que ver con la existencia de iniciativas previas diseminadas por todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Algunas de estas iniciativas están muy consolidadas, otras tienen un recorrido corto, pero con voluntad de continuidad. Y, por último, existen otras iniciativas donde no existe experiencia previa, pero sí hay un entorno favorable para su puesta en marcha.



La Escuela de Cuidados y Salud de Extremadura se inicia con las siguientes Aulas:

1. Aula de Ansiedad y malestar Emocional
2. Aula de Anticoagulación
3. Aula de Diabetes
4. Aula de Mama
5. Aula Operación Salud
6. Aula de Peso
7. Aula de Envejecimiento
8. Aula VIH-Sida

1.1.9 INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

No se ha impulsado ninguna línea nueva de investigación multidisciplinar en materia de seguridad de pacientes y se ha seguido con la línea abierta para desarrollo de guía de medicamentos de alto riesgo de las UMEs.

ESTRATEGIA 2. SISTEMAS DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES

2.1 APRENDIZAJE Y CAMBIO

2.1.1 MAPA DE RIESGOS

Se ha realizado mapas de riesgos en dos Unidades de Hospitalización breve de Psiquiatría y en un Laboratorio de Análisis Clínico.

2.1.2 ANÁLISIS DE RIESGO E INCIDENTES

En 7 de las 8 Áreas de Salud existe un Equipo de Análisis Multidisciplinar en cada Unidad Funcional de Seguridad del Paciente de Área.

No se realiza en las Áreas de Salud una memoria anual de Análisis de Riesgo que contemple un plan de contingencias. Por lo que no procede analizar el siguiente indicador sobre el porcentaje de actuaciones llevadas a cabo de las contempladas en el plan de contingencias.

2.1.3 SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

Se utiliza para notificar y registrar los incidentes y EA el SiNASP que es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud.

Todos los hospitales de la Comunidad Autónoma están adheridos y tienen asignado un gestor de centro y cada Área de Salud un gestor principal de área, además de la gestora de la Comunidad Autónoma que es la Coordinadora de Seguridad de Pacientes de la Comunidad Autónoma.

Actualmente 106 centros de salud de la Comunidad Autónoma están adheridos al SiNASP y cuentan con sus respectivos gestores.

Tres centros residenciales del SEPAD están adheridos al SiNASP.

Al contar con este sistema de notificación, el estudio de los EA se realiza a nivel de centro, área y Comunidad Autónoma, lo que permite tomar las decisiones más adecuadas para planificar y hacer la mejor gestión del riesgo.

Se notifica y registran los incidentes y EA en el SiNASP que es el sistema de notificación y registro de incidentes y EA desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como parte de la Estrategia en Seguridad de Pacientes para el Sistema Nacional de Salud y está accesible desde el puesto de trabajo para la totalidad de



trabajadores de las áreas de Salud y a nivel autonómico y también se puede acceder desde fuera del lugar de trabajo a través de internet.

El SiNASP y los códigos de los centros adscritos al mismo tienen un acceso directo desde el puesto de trabajo de cada profesional del SES y están situados juntos para facilitar el acceso y registro de forma práctica y rápida de profesionales para la notificación de los eventos adversos.

2.1.4 ANÁLISIS DE OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Farmacovigilancia, La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha desarrollado el Sistema de Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano que se define como un sistema consolidado, basado en la notificación espontánea de sospechas de RAM, comunicadas por profesionales sanitarios directamente con el formulario 'tarjeta amarilla', o a través de los laboratorios farmacéuticos titulares de los medicamentos. Los ciudadanos también pueden comunicar sospechas de RAM a través de un formulario electrónico en Internet, como vía complementaria a la comunicación del paciente a los profesionales sanitarios.

Este nuevo sistema a través del portal www.notificaRAM.es permite notificar las sospechas de RAM a los ciudadanos, y también a los profesionales sanitarios, posibilitándoles una nueva vía de comunicación como complemento de las ya existentes.

También se puede notificar a través del SiNASP ya que ambos sistemas han firmado un Documento de consenso entre la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y la Unidad de Seguridad del Paciente de la Subdirección de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para intercambio de las notificaciones relacionadas con la medicación.

2.2 IMPLANTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

2.2.1 ESTÁNDARES E INDICADORES DE SEGURIDAD

Existe un documento de indicadores clave para la seguridad de pacientes comunes a todos los centros sanitarios de la comunidad autónoma. A continuación, se detallan los indicadores recogido en el contrato de gestión de las Áreas de Salud y los resultados del 2018.

Línea Estratégica	Título	Fórmula	Dato
Sistemas de notificación y aprendizaje	Porcentaje de centros de AP con actividades formativas en notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria	$(\text{N.º de centros de AP en los que ha realizado actividad de formación} / \text{n.º centros de Salud de la comunidad autónoma}) \times 100$	63,16
Gestión de riesgos	Número de reuniones del núcleo de seguridad	N.º de reuniones unidades del núcleo de seguridad	62,50
Identificación inequívoca de pacientes	Porcentaje de pacientes con pulsera identificativa en unidades de hospitalización	$(\text{N.º de pacientes con pulsera identificativa en unidades de hospitalización} / \text{n.º total de pacientes atendidos en la unidad}) \times 100$	88,89
Identificación inequívoca de pacientes	Porcentaje de pacientes con pulsera identificativa en Urgencias	$(\text{N.º de pacientes con pulsera identificativa en Urgencias} / \text{n.º total de pacientes atendidos en la unidad}) \times 100$	82,51
Identificación inequívoca de pacientes	Porcentaje de pacientes con pulsera identificativa en Hospital de Día	$(\text{N.º de pacientes con pulsera identificativa en Hospital de Día} / \text{n.º total de pacientes atendidos en la unidad}) \times 100$	12,28
Cirugía segura	Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se les aplica el LVSQ	$(\text{N.º pacientes intervenidos de cirugía programada en el área a los que se les ha aplicado la LVQ} / \text{n.º total de pacientes intervenidos de cirugía programada en el área}) \times 100$	6,32
Vigilancia infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	Prevalencia de infección nosocomial	$(\text{N.º infecciones nosocomiales} / \text{n.º total pacientes incluidos en el estudio}) \times 100$	10,66
Implantación de buenas prácticas	Flebitis Zero	$(\text{N.º de hospitales adscritos y que registran datos en la aplicación} / \text{n.º hospitales de la comunidad autónoma}) \times 100$	78,57

Tabla 23. Fuente: Elaboración propia 2018.

2.2.2 MANUALES DE PRÁCTICAS SEGURAS

Se han realizado, protocolos y guías clínicas de buenas prácticas, los siguientes: de Identificación Inequívoca de Pacientes, Protocolo de Vigilancia, Prevención y Control de Microorganismos Multirresistentes o de Especial Vigilancia Epidemiológica en el entorno Hospitalario, Sistema de Notificación de Incidentes, Transferencia de Pacientes, Inserción y mantenimiento de vías venosas periféricas y se están aplicando las guías de buenas prácticas de cirugía segura, IQZ, Proyectos Zero de la UCI en todos los hospitales de la Comunidad Autónoma.



2.2.3 PROTOCOLO DE GESTIÓN DE RIESGOS

No se ha diseñado un protocolo de gestión de riesgos sanitario común a toda la organización sanitaria.

2.2.4 ALERTAS EN SEGURIDAD DE PACIENTES

Se ha diseñado una página de Seguridad de Pacientes dentro del Portal Extremadura Salud para difusión y comunicación de la información relativa a ésta. Se puede encontrar en la siguiente dirección <https://saludextremadura.ses.es/web/seguridad-de-pacientes>

2.2.5 PUNTOS CRÍTICOS EN PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

I. Barreras arquitectónicas, señalización y seguridad estructural

El 75% de las áreas de salud han realizado una guía de identificación y la posterior corrección de las barreras arquitectónicas de los centros sanitarios.

En todas las áreas existe un Programa de señalización actualizado para los centros sanitarios del SES que incluye la señalización de incendios y evacuación, ésta se evalúa anualmente.

II. Identificación inequívoca de pacientes

Se ha elaborado y aprobado el Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes del SES, estandarizando y unificando así los procedimientos que aseguran la inequívoca identificación de pacientes atendidos en el SES, incluido el protocolo unificado de identificación de neonatos/as.

III. Comunicación

El Sistema de Información (JARA) tiene estandarizados y protocolizados los circuitos de transferencia de pacientes entre unidades y servicios y entre niveles asistenciales. No se han desarrollado los protocolos asistenciales para la transferencia de pacientes entre unidades y servicios y entre niveles asistenciales, ni se ha desarrollado un programa de formación continuada sobre estrategias específicas de comunicación efectiva.

IV. Uso seguro de medicamentos

Existe un sistema de prescripción electrónica asistida para todos los hospitales del SES en consultas externas, Urgencias y Atención Primaria.

En tres áreas de salud existen procedimientos normalizados de trabajo para el manejo de los medicamentos en las unidades hospitalarias, otras 3 áreas tienen estos procedimientos normalizados sólo en algunas unidades, como son UCI, Neonatología, Hospital de Día, cardiología y Urgencias. Dos áreas no lo han desarrollado en alguna unidad.

En 12 de los 14 hospitales existen tablas de dosificación y ritmo y frecuencia de administración estándar según edad y peso de pacientes para algunas unidades y dos hospitales refieren no tenerlas.

Sistema de Información de pacientes, sólo en el Hospital San Pedro de Alcántara actualmente se han creado dos consultas de farmacia para la información de medicamentos al alta y consultas de pacientes con tratamientos externos, y otra consulta de farmacia multidisciplinar de Farmacia y Oncología para tratamientos oncológicos. En el resto de los hospitales no existen programas de información de medicamentos para pacientes al alta hospitalaria y en consultas externas.

Procedimientos de implicación y de promoción de la participación activa de pacientes y personas cuidadoras en el uso seguro de la medicación, cuatro áreas de salud refieren tenerlo en Atención Primaria.

Sistema de distribución de medicamentos basados en la dispensación por dosis unitarias para su administración a pacientes hospitalizados, en todos los hospitales tienen un sistema operativo en prácticamente la totalidad de las unidades de hospitalización.

En varias unidades de 4 áreas de salud está implantado un sistema semiautomático de preparación de carros de dispensación por dosis unitarias a las unidades de hospitalización y las restantes no lo han implantado ni ha realizado la experiencia piloto.

Protocolos de uso seguro de medicamentos de alto riesgo, el 62,5% de los hospitales lo han realizado. Un 25% lo ha desarrollado la Unidad de Farmacia para la preparación de citostáticos. Sólo un hospital refiere no haberlo desarrollado.

Listado de los medicamentos de alto riesgo disponible en cada unidad/servicio de los centros asistenciales, todos los hospitales disponen de él, en las unidades en que no lo está se informa desde Farmacia a esas unidades y se maneja el Documento Técnico del Ministerio de Sanidad sobre Medicamentos Peligrosos. Medidas de Prevención para la preparación y administración.



En algunas de las áreas tienen medidas de prevención y control de resistencia a antimicrobianos. El Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), tiene entre sus objetivos la implantación de los Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos (PROA) tanto en el ámbito hospitalario como en el de Atención Primaria, este programa está siendo llevado a cabo con iniciativas circunscritas en el ámbito hospitalario en las Áreas de Salud de Cáceres, Badajoz y Mérida y en el ámbito de Atención Primaria en las Áreas de Mérida y Badajoz. Se ha constituido un grupo de trabajo desde Servicios Centrales para organizarlo en el resto de las Áreas de Salud.

En el SES se diseñó un Programa de Apoyo a Pacientes Polimedocado para su desarrollo en los centros de atención primaria del SES con registro en una herramienta informática para ello. En la actualidad y a través del *Puesto de Trabajo Clínico del Farmacéutico* implantado en el año 2018, se pretende incidir en la revisión de medicación y registro de la misma, por parte de éstos, especialmente pacientes polimedocados o crónicos complejos, y a través de órdenes clínicas trabajar colaborativamente con el personal de medicina y enfermería.

Se ha implantado en todas las Áreas de Salud a través de la Subdirección de Gestión Farmacéutica un Programa de Notas de Seguridad de Medicamento (ProNoSeM). Liderados por los Farmacéuticos/as de Área, trabajando colaborativamente con los mismos de los Equipos de Atención Primaria, se pretende sistematizar intervenciones farmacoterapéuticas centradas en la revisión de la medicación de pacientes afectados por las alertas farmacoterapéuticas emitidas por la AEMPS que precisen de medidas específicas para garantizar la seguridad de pacientes.

En relación al seguimiento de la prescripción farmacéutica, se ha desarrollado tanto un perfil para profesionales de medicina como de farmacia, que permite a través de la aplicación de SPFAR (JARA) conocer el perfil de prescripción cuantitativa y cualitativa mediante Indicadores de Consumo, Indicadores de Calidad de la Prescripción (ICP) tanto en el ámbito de atención primaria como en atención especializada. Además permite consultar listado de pacientes en tratamiento con medicamentos, polimedocados, etc.

Existe desde hace tiempo en la aplicación de SPFAR (JARA) de seguimiento de la prescripción una serie de Indicadores de Calidad de la Prescripción (ICP) tanto en atención primaria como en atención especializada.

En 7 de las 8 Áreas de Salud existe y se evalúa un sistema de envasado, etiquetado y revisión de caducidades correcto.

La prescripción por principio activo es ya uno de los indicadores de calidad de la prescripción (ICP) recogidos en SPFAR, seguimiento de la prescripción farmacéutica, en JARA y refleja el conjunto de acciones o actividades que se realizan para su promoción en cualquier ámbito y en cualquier momento.

Se ha realizado un análisis del uso de los medicamentos de alto riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias y elaborado una Guía de Uso Seguro de Medicamentos de Alto Riesgo en las Unidades Medicalizadas de Emergencias, que se ha materializado en el diseño de una aplicación informática.

V. Infección asociada a la asistencia sanitaria

- Asepsia e higiene de las manos.

En todos los centros del SES se desarrollan campañas de promoción de los 5 momentos de la higiene de manos de la OMS, se llevan a cabo actuaciones de formación y difusión de técnicas de higiene, desinfección y/o descontaminación de las manos y existen dispensadores de soluciones de base alcohólica accesibles para profesionales y familiares.

INDICADORES HIGIENE DE MANOS 2018	
Fórmula de cálculo	Indicador
N.º de camas de UCI, incluidas CUI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / n.º de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la C.A.	1,00
N.º de camas de hospitalización de la C. A. con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / n.º total de camas de hospitalización de la C.A.	99,25
N.º litros entregados x 1000 / n.º total de estancias en el periodo evaluado	25,23
N.º litros PBA entregados x 1.000 / n.º total de consultas en el período evaluado	0,31
N.º centros de atención primaria que han realizado formación sobre higiene de las manos x 100 / centros de atención primaria en la C.A.	60,06
N.º de acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica x 100/ n.º de oportunidades de higiene de manos observadas	44,61

Tabla 24. Fuente: Elaboración propia 2018.

- Prevención de la neumonía asociada al uso de ventilación mecánica.

Los Protocolos y guías para el cuidado de pacientes en ventilación mecánica han sido desarrollados a nivel Nacional por la SEMICYUC en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desde en el año 2011; englobándose el paquete de medidas y el sistema de registro en el proyecto Neumonía Zero que se recomienda sea implantado en todas las UCIs de adultos de España. El Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres lo ha aplicado desde ese año. La REA del mismo hospital ha iniciado durante



este año su andadura en el proyecto aplicando las medidas de la rama clínica. Las unidades del Hospital Universitario de Badajoz llevan varios años aplicando las medidas y recogiendo datos. EL resto de las unidades de la Comunidad Autónoma aún no se han sumado a dicho proyecto.

Se han impartido este año dos cursos formativos teórico-prácticos, en los hospitales de Mérida Y Cáceres dirigidos a profesionales que atienden a pacientes con riesgo de padecer Neumonía asociada al uso de ventilación mecánica para el personal sanitario de las UCIs de la Comunidad Autónoma. En Cáceres se ha llevado a cabo un curso de formación para profesionales de enfermería de sustitución estival. Además, el Proyecto ofrece un curso online para profesionales y hasta el momento lo han realizado 161 de las distintas UCIs de la Comunidad Autónoma.

- Prevención de bacteriemia asociada a la inserción de catéter venoso central.

Los Protocolos y guías para el cuidado de pacientes en ventilación mecánica han sido desarrollados a nivel Nacional por la Semicyuc en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social desde en el año 2011; englobándose el paquete de medidas y el sistema de registro en el proyecto Bacteriemia Zero que se recomienda sea implantado en todas las UCIs de adultos de España. Todas las UCIs de la Comunidad Autónoma actualmente están aplicando las medidas y recogiendo datos.

En cuanto a implantarlo en otras áreas diferentes a las UCIs, se han explicado las medidas de la rama clínica en alguna ocasión en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres a los servicios de Hematología y Nefrología.

El Proyecto ofrece también un curso online para los profesionales y hasta el momento lo han realizado 252 profesionales de las distintas UCIs de la Comunidad Autónoma.

- Prevención de infecciones urinarias asociadas a catéteres.

El Ministerio ha lanzado en marzo de 2018 el Proyecto ITU-Zero que incluye, al igual que en los proyectos anteriores, el paquete de medidas a implantar y el sistema de registro. Todas las UCIs de la Comunidad Autónoma han comenzado a aplicar las recomendaciones, salvo Mérida y Don Benito-Villanueva que se van a sumar en fechas próximas.

Se ha realizado formación en todas las unidades adheridas, y un curso teórico/práctico dirigido por el equipo coordinador de los proyectos Zero en Cáceres.

- Infecciones en heridas quirúrgicas.

En lo que respecta a las recomendaciones de higiene quirúrgica adecuada el cumplimiento de las Áreas es de un 87,5% y en un 75% en lo relativo a la existencia de un protocolo de identificación de pacientes con riesgo de posible infección.

En el 62,5% de las Áreas existe un protocolo actualizado de profilaxis antibiótica, en fase de actualización en un 12,5% y no existe como publicado y aprobado en un 25% aunque está definida la profilaxis antibiótica en los diferentes Servicios Quirúrgicos.

La existencia e implantación en las Gerencias de Área de Salud del SES de protocolos relacionados con la circulación de las personas en el área quirúrgica encontramos que el 50% de las áreas lo han llevado a cabo.

El 100% de las Gerencias de Áreas de Salud del SES han elaborado e implantado protocolos relacionados con procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material quirúrgico.

El 62,5% de las Gerencias de Áreas de Salud del SES ha implantado protocolos para los cuidados postoperatorios, hospitalarios y ambulatorios de la herida quirúrgica.

- Promoción de medidas de precaución estándar y basadas en la transmisión.

En todas las Gerencias de Área de Salud del SES se han llevado a cabo actuaciones de formación y difusión, en todas las unidades de hospitalización se ha impartido formación de las "Recomendaciones para la prevención de infecciones. Medidas de aislamiento".

En todas las centrales de esterilización existe el protocolo del proceso de esterilización.

VI. Transfusiones y hemoderivados

Cada Área de Salud ha elaborado e implantado el protocolo de seguridad transfusional, pero no se ha realizado a nivel central del SES.

VII. Seguridad en la práctica quirúrgica

En 7 de las 8 Áreas de Salud existe un documento normalizado de bioseguridad ambiental dentro de las áreas quirúrgicas.

El porcentaje de intervenciones quirúrgicas con la lista de verificación del proceso quirúrgico correctamente cumplimentada es del 6,54%.



VIII. Riesgo de caídas y accidentes

No se ha realizado un protocolo unificado de prevención de caídas en los centros sanitarios.

No existe un plan de intervención de prevención de caídas en el ámbito comunitario.

IX. Úlceras por presión

Existe y está implantada la guía clínica de úlceras por presión en todos los centros sanitarios de la comunidad autónoma, "Guía Extremeña para la prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión".

X. Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar

En el 62,5% de los centros sanitarios de la región está implantada la guía clínica de prevención, identificación y tratamiento de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar.

XI. Contención médica

Existencia e implementación evaluada de un protocolo de contención mecánica en las unidades de hospitalización. Este objetivo está en elaboración, aunque en un grado de desarrollo muy inicial. Desde la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales se ha hecho un planteamiento para hacerlo a partir del Protocolo de Contención Mecánica en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

XII. Seguridad en salud mental

Elementos Estructurales: Existencia de un Plan de Prevención de Riesgos Estructurales para los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura, formado por dos documentos:

- Condiciones estructurales de seguridad de pacientes y profesionales de los dispositivos de la red de salud mental: recomendaciones y sugerencias.
- Evaluación de las condiciones estructurales de seguridad de pacientes y profesionales de los dispositivos de la red de salud mental: listado de verificación.

Elementos funcionales y procedimientos asistenciales:

- Contención mecánica. Se realizó la revisión, actualización y unificación del Protocolo de Contención Mecánica en la Red de Salud Mental de Extremadura (RSMEEx), aprobándose por el Gerente del SES y la del SEPAD en junio de 2017.
- Prevención del suicidio. Existe un protocolo de prevención de conducta suicidas en las UHP que aún están vigente en nuestras unidades de hospitalización.
- Prevención de abandonos no programados de la Unidad. Existencia e implantación de un protocolo para la prevención de conductas de fuga en pacientes de riesgo. Se ha realizado la revisión, actualización y unificación del protocolo de abandonos no programados (fugas), especificando las actuaciones a llevar a cabo para la minimización del riesgo de fuga y las actuaciones a llevar a cabo en caso de fuga. Este protocolo está constituido por una parte central de aplicación a las UHB, y una serie de anexos con adaptaciones al resto de dispositivos de la RSMEEx, como Centro Sociosanitario de Plasencia, Centro Sociosanitario de Mérida, Pisos y viviendas supervisadas.
- Procedimientos generales. Existencia e implantación de procedimientos de seguridad de carácter general.
- Procedimientos generales: uso seguro de los medicamentos. Actuación en elaboración. En el CSS de Plasencia se han puesto en marcha iniciativas relacionadas con la Estrategia de uso seguro de los medicamentos. Actualmente se está trabajando para la aplicación de estas y otras iniciativas adaptadas al entorno de otros dispositivos de la RSMEEx.

XIII. Desnutrición y deshidratación

El 37,5% ha elaborado y difundido un programa de intervención nutricional, otro 37,5% no lo tiene y un 25% lo tiene en revisión.

Un 37,5% de los centros sanitarios ha elaborado e implantado un protocolo de manejo del estado hidroelectrolítico.

XIV. Extubaciones no planificadas

El 60% de los centros sanitarios ha elaborado e implantado un programa de intervención en las extubaciones no planificadas.



XV. Continuidad asistencial

Existe y está implantado un programa de continuidad asistencial entre niveles asistenciales, que garantiza la realización de un informe de alta médica y un informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta, ambos están disponibles de forma inmediata para profesionales de atención primaria a través de la historia clínica compartida; constituyendo un circuito ágil de comunicación entre profesionales de primaria y especializada.

XVI. Valoración de pacientes con traumatismo en situación de urgencia

El 25% de los servicios de Urgencias cuentan con un protocolo o vía clínica implantada que permite valorar el riesgo de politraumatismos.

El % dispone de protocolos de coordinación entre dispositivos asistenciales para el abordaje de pacientes con politraumatismos.

XVII. Prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías

El 62,5% de los hospitales disponen de catéteres y equipamientos, cuyo diseño, etiquetado y color no permite errores de conexión.

En dos hospitales sí utilizan listados de verificación de todos los procesos y actividades implicados en la conexión de catéteres, pero sólo en las unidades adheridas al Proyecto de Flebitis Zero.

No se han realizado procedimientos y actividades implantados sobre prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías.

Un Área de Salud ha realizado unas 20 intervenciones en distintas unidades de hospitalización y en 2018 se han realizado aproximadamente 5 sesiones generales sobre prevención de errores en la conexión de catéteres y otras vías, y formación específica para las unidades adheridas al programa de flebitis Zero.

XVIII. Mejora de la seguridad en la atención al embarazo, el parto y el puerperio

INDICADORES

No se ha elaborado el Protocolo Regional de Seguimiento Maternal y Control Fetal durante el embarazo.

Se ha elaborado un protocolo de actuación en el proceso del parto basado en las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS, en el que prime la humanización del trato y la participación de la mujer.

No se ha elaborado un protocolo para la prevención de traumatismos obstétricos durante el parto vaginal instrumental y no instrumental, así como en cesáreas.

Existe de un procedimiento estandarizado y unificado para la identificación de la criatura y la identificación madre-hijo/a al alta.

No se ha elaborado un protocolo para la atención al desarrollo del neonato/a prematuro/a.

XIX. Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear

La formación continua en materia de Protección Radiológica es obligatoria según los Reales Decretos de Criterios de Calidad de los Servicios de Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Radioterapia (1841/1997, 1976/1999, 1566/1998). Desde el servicio de Protección Radiológica del Área de Salud de Badajoz se envían, anualmente propuestas a la Escuela de Ciencias de la Salud, para formación continua y algunas ocasiones no se realizan por falta de inscritos. Principalmente la formación que se ha realizado son cursos acreditados por el Consejo de Seguridad Nuclear e impartidos por radiofísicos de los centros sanitarios y a la formación reglada y obligatoria de los residentes.

En las distintas Áreas de Salud hay documentación de los PGC y PPR. La parte correspondiente al control de calidad de equipos emisores de radiaciones ionizantes se realiza con periodicidad anual. En el Área de Salud de Badajoz existe el programa de garantía de calidad y protección radiológica que el Servicio de Protección Radiológica está actualizando.

Existen guías editadas por el Consejo de Seguridad Nuclear, la Comisión Europea, la Sociedad Española de Física Médica (SEFM), la Sociedad Española de Protección Radiológica (SEPR) y la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). También existen recomendaciones editadas por organismos internacionales como el Organismo Internacional de la Energía Atómica (OIEA/IAEA). En las Unidades existe guía de recomendaciones especialmente en medicina nuclear, para radiodiagnóstico sólo carteles informativos y seminarios como el mencionado.

Existe el Programa de Control Radiológico Infantil de Extremadura desde 2006 (CRIE). Se puso en marcha con la entrega de una tarjeta para el control de exposición a la población infantil, pero actualmente no se utiliza. Con respecto a embarazadas y lactancia sí que existe para trabajadoras en radiodiagnóstico y medicina nuclear, y para público y/o pacientes en medicina nuclear.



En la actividad realizada en Extremadura es de aplicación la legislación vigente por el Real Decreto 1566/1998, de 17 de julio, por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia. Además, se aplican como parte de la actividad diaria, los protocolos actualizados como el de "Control de Calidad en Aceleradores de Electrones para uso médico" (SEFM) o el Determinación de la dosis absorbida en radioterapia con haces externos" (IAEA).

Actualmente se está trabajando en la dosimetría individualizada para cada paciente y poder dar cumplimiento a la última normativa EURATOM, sin embargo, no existe todavía un sistema de control y gestión de dosis a nivel autonómico. Desde 2010 el Servicio de Radiofísica del Hospital de Mérida está participando en el proyecto DOCCACI (<https://www.hemodinamica.com/cientifico/registros-y-trabajos/registros-y-trabajos-actuales/proyecto-doccaci/>) y por ello dispone de un sistema de control y gestión de dosis.

XX. Rehabilitación y Fisioterapia

No se ha diseñado un protocolo unificado de seguridad de pacientes en Rehabilitación y Fisioterapia.

XXI. Alergias asociadas al látex

En todas las áreas de salud tiene de procedimientos de actuación relacionados con el uso de material y productos sanitarios libres de látex, en una de ellas se está actualizando en este momento.

2019
2023



Plan

ESTRATÉGICO de seguridad de pacientes de Extremadura

Plan ESTRATÉGICO de seguridad de pacientes de Extremadura 2019 • 2023

