

ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTES 2014-2020

Grupo de trabajo

El grupo de trabajo ha estado constituido por (orden alfabético):

- Karmele Ayerdi Navarro
- Iñigo Alonso Segurado
- Begoña Flamarique Chocarro
- Inmaculada Gimena Ramos
- Paulino González Diego
- Inés Plaja Martí
- Belén Tirapu León
- Isabel Rodrigo Rincón

INDICE

I.	MARCO GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTES..	1
II.	DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN NAVARRA.....	4
	A) ACCIONES LIGADAS A PROYECTOS.....	5
	B) INDICADORES DE RESULTADOS.....	10
III.	METODOLOGÍA A.....	14
IV.	OBJETIVOS.....	15
V.	IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS DE SALUD DE SEGURIDAD DE PACIENTES SELECCIONADOS	16
VI.	ACCIONES	22

I. MARCO GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

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

Los actuales sistemas de prestación de servicios de salud se caracterizan por la combinación de procesos de gran complejidad, con importantes avances tecnológicos y múltiples interacciones humanas, que aportan beneficios importantes a la sociedad, pero que también conllevan un mayor riesgo de que ocurran sucesos adversos con diversos grados de morbilidad.

Los cambios producidos en la sociedad repercuten de forma directa en los sistemas sanitarios. En un corto periodo de tiempo se han producido cambios importantes: incremento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad, aumento de las enfermedades crónicas y disminución de las infectocontagiosas, incremento del nivel cultural y económico de la población, mejor y mayor acceso a la información y al conocimiento, mayor cobertura y mejor acceso a la asistencia sanitaria junto a un notable avance científico con repercusión a nivel tecnológico. Todos estos cambios se traducen en una serie de consecuencias en el entorno sanitario:

- aumento de la complejidad asistencial
- incremento de la incertidumbre en la práctica clínica
- diversificación de las profesiones sanitarias y súper-especialización de profesionales, que llevan aparejado una falta de visión global de las necesidades de los pacientes
- aparición de asociaciones de pacientes
- incremento de los conflictos de intereses
- disponibilidad de una mayor oferta de prestaciones sanitarias

A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales. Todos estos factores determinan la presencia inevitable de un riesgo en la práctica asistencial que las organizaciones sanitarias tienen el reto de minimizar.

La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a activar un movimiento por la mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

A) JUSTIFICACION

A continuación se describen los principales elementos que justifican una estrategia de seguridad de pacientes.

Con la publicación en el año 1999, del informe del Institute of Medicine, IOM-USA "*To err is human: building a safer health system*", se puso de manifiesto la importante repercusión sobre la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en los distintos ámbitos sanitarios, en relación a eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria y con consecuencias de elevado impacto económico y social. Este trabajo estimó que los "errores médicos" causan entre 44.000 y 98.000 muertes anuales en hospitales de los Estados Unidos, más que los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55ª Asamblea del año 2002, insta a los estados miembros a poner atención al problema de la Seguridad de los Pacientes. La Unión Europea desde el año 2005 se añade a la iniciativa mediante su declaración “Patient Security making it happen” y el Consejo de Europa propone el reto de Seguridad del Paciente con su declaración de Varsovia ese mismo año.

La Comisión Europea, con el Working Patient Safety Group, con representantes de los 27 estados miembros así como con la colaboración de organizaciones internacionales, tiene como misión establecer recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad. Ha creado The European Network for Patient Safety (EUNetPaS), una red europea en seguridad de pacientes.

La Organización Panamericana de la Salud, colabora con la OMS y coordina el estudio epidemiológico de prevalencia de efectos adversos en hospitales de El Instituto Nacional de la Salud Británico, a través de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) desarrolló el proyecto “Seven Steps”, los 7 pasos claves para conseguir organizaciones sanitarias más seguras.

- La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), una organización de cooperación internacional compuesta por 30 países cuyo objetivo es coordinar sus políticas económicas y sociales, ha realizado un proyecto de Indicadores de la Calidad de la Atención Sanitaria (Health Care Quality Indicators Project) conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea, el Banco Mundial y destacadas organizaciones científicas, identificándose 5 áreas prioritarias, siendo una de ellas la seguridad del paciente.

En el ámbito nacional, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su papel de coordinación y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha situado la Seguridad del Paciente en el centro de sus políticas sanitarias y trabaja conjuntamente con las CCAA.

La mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del Servicio Nacional de Salud constituye en uno de los grandes ejes de actuación del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, estableciéndola como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8. Dicha estrategia trata de promover acciones de mejora en tres áreas recomendadas:

- Cultura e información sobre seguridad de pacientes tanto en el ámbito profesional como a los ciudadanos.
- Desarrollo de sistemas de información sobre eventos adversos.
- Promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.

En el año 2005, como primer paso para conocer el punto de partida sobre la situación de nuestro Sistema Sanitario, se planteó un estudio prospectivo sobre eventos adversos detectados en Historia Clínica en una muestra de 24 hospitales españoles, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández.

La publicación del Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (Estudio ENEAS 2005) supone un paso importante en el establecimiento de una cultura en seguridad de pacientes mediante el conocimiento de los eventos adversos que se producen en los procesos de atención sanitaria. Los principales hallazgos del ENEAS indican que:

- Un 8,4% de pacientes que han ingresado en los hospitales españoles presenta algún evento adverso relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumenta al 9,3% si se incluyen todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria.
- Las tres causas principales de eventos adversos en los hospitales están relacionadas con el uso de los medicamentos (37,4%), las infecciones hospitalarias (25,3%) y la aplicación de procedimientos quirúrgicos (25%), en particular si requieren anestesia.

- El 42,8% de los eventos adversos se consideraron evitables.

Este estudio mostró que la ocurrencia de eventos adversos en los hospitales del Sistema Nacional de Salud se sitúa en cifras similares a las de aquellos países que habían realizado estudios similares (Francia, Reino Unido, Canadá, Australia) y señala dónde se encuentran las mayores oportunidades de mejora.

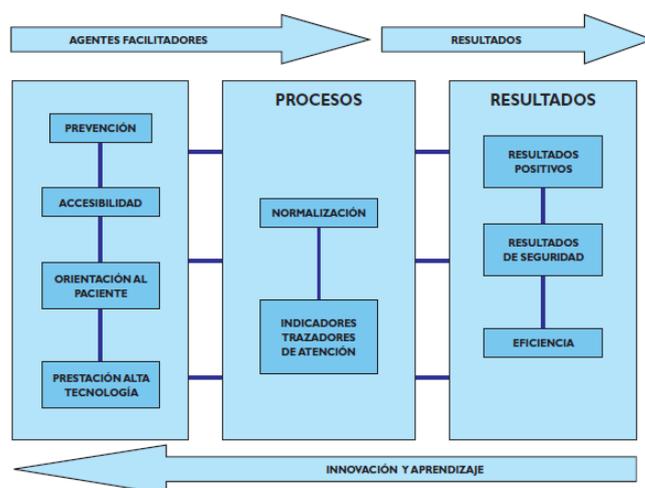
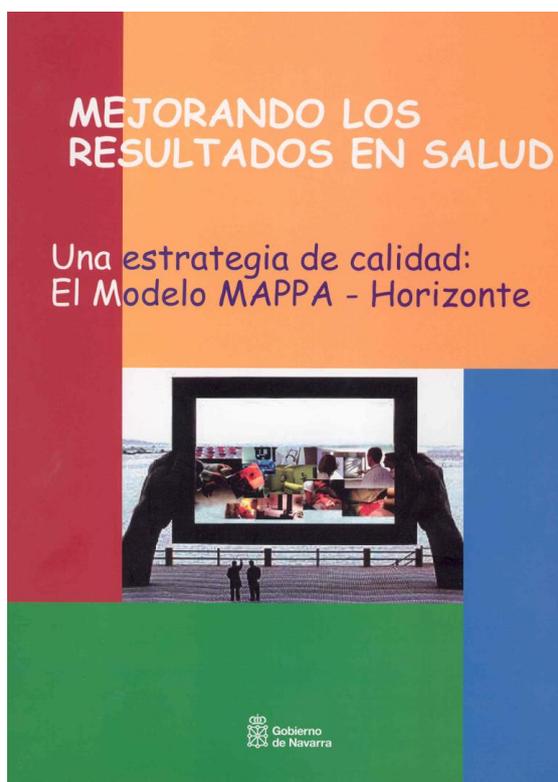
El ámbito de Atención Primaria ha sido menos estudiado. No obstante, el estudio APEAS realizado en nuestro país en el año 2007 indica que la prevalencia de efectos adversos (EA) fue de 0.8 pacientes con EA por cada 100 visitas de Atención Primaria realizadas. El factor causal más frecuente fueron los EA debidos a la medicación aunque la comunicación y la gestión estaban en la raíz de muchos de los EA.

II. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN NAVARRA

Alcance del diagnóstico de situación

Todos los días, todos los profesionales sanitarios realizan acciones para evitar o disminuir los eventos adversos. Lo que refleja este diagnóstico de situación son las líneas de acción realizadas de forma corporativa, que afectan a muchos servicios y unidades o que han tenido un apoyo institucional. No obstante, hay numerosas actuaciones que se han trabajado en distintos servicios (Anestesiología, UCI, Urgencias, Hemoterapia, etc.), que o bien por su carácter obligatorio o por monográfico (farmacovigilancia, etc.) quedan parcialmente fuera de este diagnóstico de la situación, sin que por ello se consideren menos importantes.

En el año 2004 se publicó el informe “Mejorando los resultados en salud. Una estrategia de calidad: el Modelo MAPPA-Horizonte” para establecer el marco teórico de la estrategia MAPPA que se estaba implantando en el ámbito de la Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Uno de los resultados que se proponía eran los “Resultado en seguridad”, especificando que en el conjunto de los procesos clínicos priorizados se deberían recoger resultados de mortalidad, de infecciones nosocomiales, de complicaciones específicas y de indicadores relacionados con los cuidados (úlceras por presión, caídas, errores de medicación, etc.). Así mismo en las preguntas de comprobación para guiar a los profesionales a la hora de elegir los indicadores y las líneas de acción se establecieron preguntas que incidían de forma directa en la seguridad de los pacientes. Algunos ejemplos son: “¿El servicio dispone de algún sistema para el estudio y evaluación de los acontecimientos no deseados como errores en la administración de fármacos, caídas, úlceras de presión, etc.? ¿Se analizan los resultados de estos indicadores a lo largo del tiempo y se compara con los datos de referencia en otras organizaciones? ¿En función de los datos obtenidos se diseñan e implantan planes de mejora?”. Esta estrategia se desarrolló hasta el año 2007.



Posteriormente, en el año 2007 se nombró en Navarra un referente de Seguridad para que actuara de enlace para coordinar e impulsar en nuestra Comunidad las políticas y planes de seguridad que promovía el Ministerio de Sanidad. En el diagnóstico de situación se va a exponer brevemente el conjunto de acciones realizadas y algunos indicadores de resultados que nos permitan conocer el estado actual de la seguridad en nuestros centros sanitarios.

A pesar de las numerosas acciones realizadas y la implicación y dedicación de muchas personas a mejorar la seguridad de los paciente, se podría decir que a la seguridad del paciente le han faltado estructuras formales operativas que velasen por el buen funcionamiento de la estrategia de seguridad en el conjunto de los centros sanitarios de Servicio Navarro de Salud y de un plan de acción que integrase todos los ámbitos de actuación.

No obstante, merece la pena destacar que se han conseguido galardones en relación con la seguridad de pacientes, entre ellos, destacan:

- Estrategia integral de seguridad de pacientes implantada en el Hospital de Navarra:
 - IV Premio a la Calidad de los Servicios Públicos en las Administraciones Públicas de Navarra, 2010.
 - Mejor trabajo en el II Congreso de Medicina Preventiva Norte, 2010.
- Mejor trabajo por la implantación del listado de verificación quirúrgica en el Congreso de la Asociación Española de enfermería vascular, 2010.
- El Gobierno de Navarra recibe el 2º premio de un concurso nacional de ideas sobre higiene de manos, 2011.

A) ACCIONES REALIZADAS LIGADAS A PROYECTOS

1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Un buen sistema de identificación de pacientes permite disminuir hasta un 50% de los errores asociados a la identificación de pacientes. Los mejores sistemas para identificar a los pacientes atendidos en urgencias y hospitalización son los brazaletes, de fácil limpieza y que no dañe la piel, que contengan datos identificativos y códigos de barras. Para otros pacientes (pacientes atendidos en el hospital de día oncológico, pacientes a quienes se realizan pruebas como colonoscopías, etc.) se requieren otros dispositivos más adecuados (tarjetas, etc.). También es importante establecer el circuito adecuado (reponer en quirófanos, si hay vías, verificando cada vez que se necesite (medicación, intervención, etc.) para una correcta identificación de los pacientes.

El estado de la situación en cada uno de los centros es el que se indica en la siguiente tabla:

Centro	Estado de situación
Hospital de Navarra	Enero 2009: Identificación de los pacientes atendidos en urgencias (brazalete + etiqueta) a partir del 2010: brazalete termosellado para urgencias e ingresos. Hospital de día (HNA): tarjeta con terminal de lector de código de barras que en estos momentos no funciona por problemas con PDA.
Clínica Ubarmin (CU), Hospital García (HGO) Orcoyen y Hospital Reina Sofía (HRS)	Identificación de pacientes con brazalete termosellado (ingresos y urgencias.
Hospital Virgen del Camino (HVC)	Identificación de pacientes mediante pulsera con etiqueta (madres, RN, niños y adultos) tanto en urgencias como en régimen de internamiento,

2. LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

El listado de verificación quirúrgica o check-list (LVQ) es uno de los sistemas que la literatura considera efectivo para la disminución de las tasas de complicaciones y de mortalidad en pacientes quirúrgicos. Este listado de verificación se inicia en planta y acaba en quirófano. El estado de situación del LVQ es:

- Hospital de Navarra: todas las intervenciones. Formación a todos los profesionales (21 sesiones docentes), evaluación sistemática del grado de cumplimentación, evaluación de los resultados en salud y opinión de profesionales.
- Hospital García Orcoyen: todas las intervenciones y evaluación sistemática del grado de cumplimentación.
- Clínica Ubarmin: se ha formado a todo el centro (plantas quirúrgicas, quirófanos, anestesistas, traumatólogos, dirección). En fase de evaluación de la implantación.
- HVC: Se ha formado a profesionales de distintos servicios (traumatología, maxilo-facial, anestesistas, enfermeras de ambas plantas y quirófanos) y se ha implantado como estudio piloto.
- Existe un comité de seguridad quirúrgica constituido y funcionando desde el año 2013 para todo el Complejo.
- En el Hospital Reina Sofía el listado de verificación quirúrgica se trabaja desde enfermería de planta.

3. PROTOCOLO QUIRÚRGICO INFORMATIZADO

La utilización de historia clínica, en concreto del protocolo quirúrgico informatizado contribuye a la disminución de las complicaciones debido a una mejor comunicación de los profesionales implicados en el cuidado de los pacientes.

La historia clínica de Atención Especializada del Servicio Navarro de Salud dispone de una ficha específica para recogida la información del protocolo quirúrgico. La utilización en el conjunto de los hospitales es cercana al 100%.

4. VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

La prevalencia de infección nosocomial en pacientes ingresados es en nuestra Comunidad el 6,67% (año 2.012). La vigilancia de la infección nosocomial es una de las actividades liderada por los Servicios de Medicina Preventiva y apoyada por la Comisión de infecciones. Al margen de los estudios de incidencia y /o de prevalencia en toda la red de hospitales, la política de asilamientos, el control de los desinfectantes y de la política antibiótica, etc. se han implantado en los últimos años proyectos que influyen en la incidencia de las infecciones nosocomiales. Estos proyectos son: proyecto de higiene de manos, bacteriemia zero y neumonía zero. Está en estudio la incorporación de Navarra al proyecto “Resistencia Zero”.

Higiene de manos

La higiene de manos requiere de una técnica adecuada (aprendizaje y concienciación) así como de la disponibilidad de los dispositivos en el lugar que se necesitan. Para facilitar el lavado de manos con soluciones hidro-alcohólicas se han colocado dispositivos en múltiples sitios (interior de habitaciones, etc.) así como se han realizado, además de las incluidas en el Plan Docente del Departamento, las siguientes actividades formativas:

- 75 acciones formativas con más de 763 personas formadas en Hospital Virgen del Camino (2007-2012).
- 23 acciones formativas en el Hospital Reina Sofía.
- 34 acciones formativas en Atención Primaria: más de 300 personas formadas.
- 65 acciones formativas en más de 900 personas en Hospital de Navarra.

Bacteriemia (BZ) y Neumonía zero (NZ)

El objetivo del proyecto de Bacteriemia zero es la reducción de la densidad de incidencia de la bacteriemia relacionada con catéter a menos de 44 episodios por cada 1000 días de catéter venoso central, lo que supone un 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años y un 20% respecto a las cifras en 2006 de las UCIs españolas.

El objetivo del proyecto NZ es disminuir a nivel nacional la tasa neumonías asociadas a ventilador a menos de 9 episodios por 1.000 días de ventilación mecánica lo que significa una reducción del 40% con respecto a las tasas previas (2000-2008) y una reducción del 25% con respecto a las tasas de los años 2009 y 2010. Para ello se han definido siete medidas de obligado cumplimiento (que cuentan con la máxima evidencia) y otras tres altamente recomendables pero no obligatorias.

Algunos datos sobre la situación de estos dos proyectos son:

- Proyectos que siguen vivos y en este momento participan todos los centros sanitarios (públicos y privados) con UCIS. Última reunión: marzo 2013.
- Se han realizado más de 31 sesiones formativas presenciales.
- Encuestas realizadas a nivel autonómico: 317.
- 606 personas han realizado la formación on-line en BZ y NZ.
- Se han documentado 17 protocolos para la atención de estos pacientes (procedimiento de inserción de un catéter venoso central, cuidado de traqueotomía, higiene de boca, vigilancia del paciente con ventilación mecánica, etc.)

5. PLAN DE ACTUACIÓN ANTE LA URGENCIA VITAL

La importancia del plan de actuación ante la urgencia vital viene dado porque del 0,4 al 2% de los pacientes ingresados pueden precisar reanimación cardiopulmonar. El 50% de las paradas se producen fuera del área de críticos. Además tras una parada cardiorespiratoria, una de cada 6 pacientes sobrevive y es dado de alta.

Aunque la implantación de medidas de estructura (carros, etc.) y de formación es un clásico en los planes de calidad de las organizaciones sanitarias, en el Hospital de Navarra el Plan de actuación como tal

empieza en el año 2006 integrándose las recomendaciones ILCOR (The International Liaison Committee on Resuscitation) e implica la disponibilidad de medios y la correcta actuación de todos los profesionales conforme al protocolo establecido.

Se han realizados numerosas actividades entre las que destacan:

- Formación en Reanimación cardio-pulmonar: más de 18 seminarios. El número de profesionales formados/año fue de 54 en 2006, de 129 en 2007, de 186 en 2008 y de 300 en 2009.
- Realización de 40 simulacros.
- Revisión de carros y de desfibriladores en 25 unidades.

6. SEGURIDAD DE PACIENTES EN EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL

Las acciones más destacables en el ámbito de salud mental en relación a la seguridad de pacientes son:

- Protocolo de caídas y de contenciones en San Francisco Javier (totalmente implantado).
- Control de errores en la medicación en San Francisco Javier.
- Protocolo del suicidio en las unidades de hospitalización de agudos (desde hace 1 año).

7. CONCILIACIÓN Y ERRORES DE MEDICACIÓN

Los errores de medicación son uno de los efectos adversos más frecuentes en todos los ámbitos de atención. Las acciones realizadas han sido:

- Ámbito de atención especializada:
 - proyectos de investigación en HNA y en HVC en relación a la conciliación de la medicación.
 - Protocolos medicamentos de alto riesgo.
- Ámbito de atención primaria:
 - Protocolo del tratamiento del anciano frágil que luego se extendió al paciente polimedicalizado (más de 6 medicamentos)
 - Historia domiciliaria (dosis, etc.) e información a la familia.
- Salud mental:
 - Errores en la administración de la medicación (SFJ)

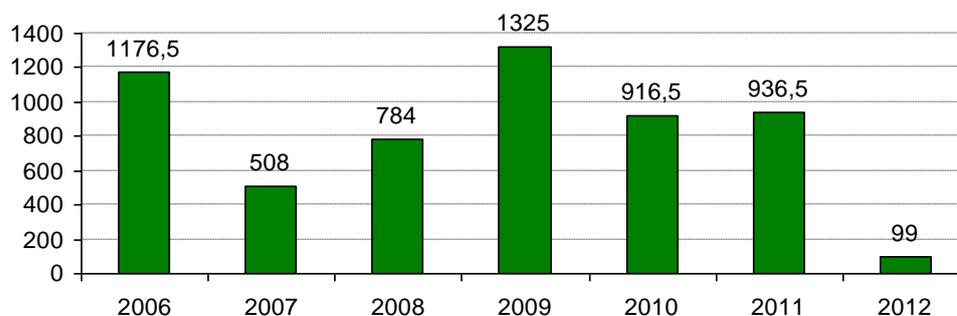
En el año 2013, se ha constituido un grupo técnico de trabajo para implantar un proyecto de conciliación de la medicación en los centros sanitarios públicos de Navarra, especialmente centrado en los pacientes crónicos y polimedicalizados. Además, el Hospital Reina Sofía participa desde el año 2013 en una de las Joint Actions propuestas por la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad para mejorar la conciliación de la medicación.

8. FORMACIÓN EN SEGURIDAD DE PACIENTES

La formación en Seguridad de pacientes ha sido una línea clásica en el área de calidad. En los últimos 7 años se han realizado 24 acciones formativas y el número de horas que los profesionales han dedicado a la formación en seguridad ha sido de 5.745. Además, dentro de la Comisión de Docencia de cada centro

o ámbito, se ha impartido formación en seguridad de pacientes para distintos proyectos como el de reanimación cardiopulmonar, higiene de manos, formación específica para los proyectos de bacteriemia y neumonía zero, etc. En estos momentos, hay una propuesta de formación en seguridad para residentes de 8 horas de duración.

**Horas de formación impartida en seguridad de pacientes.
Plan Docente del Departamento de Salud. 2006-2012**



9. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE

En el último trimestre del año 2013 se han ido realizando un conjunto de acciones para implantar en el ámbito de Atención Especializada el SiNASP, Sistema de Notificación y Aprendizaje, proyecto impulsado por el Ministerio de Sanidad. El proyecto consiste en la implantación de un sistema de información para que los profesionales sanitarios puedan notificar tanto incidentes como eventos adversos y que de esta manera contribuyan a que las organizaciones sean cada vez más seguras mediante sugerencias e implantación de áreas de mejora relacionadas con los mismos. Asimismo, el sistema de información conlleva un aplicativo de gestión que facilita a los gestores del SiNASP el control de las notificaciones realizadas y de las acciones propuestas. Para la implantación de este proyecto, se han planificado acciones formativas (35 acciones formativas), se ha contactado con profesionales tanto para que hagan de formadores, como de gestores, se han escrito los procedimientos a seguir y se ha obtenido el compromiso de las direcciones de los centros para que la implantación sea efectiva.

B) INDICADORES DE RESULTADOS

1. INDICADORES DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA

El resumen de la situación de los indicadores de seguridad quirúrgica en el año 2010 en el Hospital de Navarra, es la que figura en la siguiente tabla:

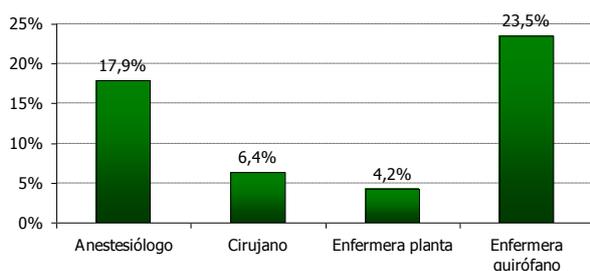
Línea estratégica	Metas	Resultados	
1. Identificación de pacientes	• Adquisición de 80% de impresoras	• 100% de impresoras	😊
	• 95% de pacientes identificados	• 100% de pacientes	😊
2. Higiene de manos	• 30 sesiones formativas	• 35 sesiones formativas	😊
	• 500 profesionales formados	• 560 profesionales	😊
	• mapa de dispensadores	• Mapa realizado	😊
	• 80% de dispensadores fijos colocados	• 100% dispensadores fijos	😊
	• 90% de los puntos con dispensador	• 100% de dispensadores colocados	😊
3. Listado de verificación quirúrgica			
3.1 Implantación del LVQ	• 60% de intervenciones evaluadas	• 90% de intervenciones con LVQ	😊
	• 80% de ítems cumplimentados	• 87,4% de ítems cumplimentados	😊
3.2 Percepción de los profesionales utilidad del LVQ	• Tasa de respuesta 60%	• 73% tasa de respuesta	😊
	• Utilidad esperada > 6 puntos	• Utilidad media = 6,6 puntos	😊
	• Prevención de errores: 5 ó más	• Prevención de errores: 19	😊
4. Utilización del protocolo quirúrgico informatizado	• Realización del protocolo quirúrgico informatizado superior a un 70% ó incremento del 30% en 2010 con respecto a 2009	• 77,8% de los servicios han cumplido los estándares establecidos	😊
5. Formación y concienciación en cirugía segura	• 15 acciones formativas	• 21 acciones formativas	😊
	• Satisfacción con la formación >7 puntos	• Satisfacción media = 7,2 puntos	😊
6. Adecuación de la profilaxis antibiótica	• 100% de las unidades se trabaja con nuevo protocolo	• 100% de las unidades trabajan con el nuevo protocolo	😊
7. Preparación del paciente antes de su traslado a quirófano	• 100% de las unidades de enfermería aplican el nuevo protocolo	• 100% de las unidades trabajan con el nuevo protocolo	😊
	• Concurso de cabezales desechables aprobado	• Concurso de cabezales aprobado	😊

Con respecto al listado de verificación quirúrgica, se ha monitorizado el grado de cumplimiento desde su establecimiento en la totalidad del Hospital de Navarra. Los resultados durante los 3 años consecutivos han sido:

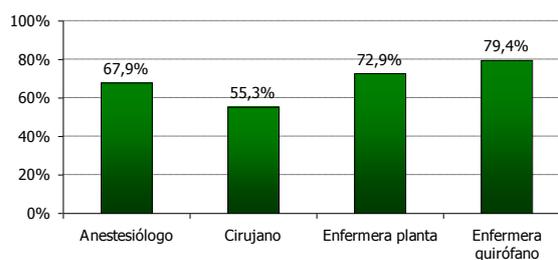
- El % de intervenciones quirúrgica con check-list: 87% (2010), 79% (2011) y 82% (2012).
- El porcentaje de ítems verificado ha sido: 88% (2010), 77% (2011) y 77% (2012).
- Existe cierta heterogeneidad en el % de intervenciones quirúrgicas con LVQ en cada uno de los servicios analizados.

Se ha analizado la percepción de la utilidad que el LVQ tiene para los profesionales y los resultados son los que se muestran en los siguientes gráficos:

% de profesionales que manifiestan que el LVQ ha conseguido evitar errores. 2010



% de profesionales que manifiestan que les gustaría que se utilizase el LVQ si ellos mismos fueran a ser intervenidos. 2010



En el año 2013, se volvió a valorar estos aspectos y, en conjunto, el 75% de los profesionales manifestaron que les gustaría que se utilizase el LVQ si les operasen a ellos, el 36% de los profesionales comentan que el LVQ ha servido para prevenir errores y al LVQ le dan una utilidad media de 7 puntos.

Asimismo, se ha realizado una evaluación para conocer si la implantación del check-list ha supuesto una mejora en los resultados de salud de los pacientes comparando las complicaciones en la fase preimplantación (2008) y la posimplantación (2010). Los resultados globales obtenidos se muestran en la tabla siguiente:

	Preimplantación	Posimplantación	Significación estadística
% de pacientes con efectos adversos	18.1	16.2	NS
• Pacientes urgentes	31.82	20.37	p< 0.05
% de pacientes con efectos adversos no infecciosos	10.99	8.86	NS
% de pacientes con efectos adversos infecciosos	11.61	11.61	NS
% fallecimientos	1.5	0.9	NS
Eventos adversos /100 pacientes	31.5	26.5	NS
• Pacientes urgentes	60.45	37.5	P<0.05
Eventos infecciosos /100 pacientes	13.9	9.6	NS
Eventos no infecciosos/100 pacientes	17.5	16.8	NS

2. EVALUACIÓN DEL PLAN DE URGENCIA VITAL

En el año 2008 se realizó una evaluación del plan de urgencia vital en las 24 unidades del Hospital de Navarra donde estaba implantado el plan de actuación. Se realizó mediante observación directa de dos evaluadores. Se revisaron los carros de parada (68 elementos agrupados en 5 lugares), 21 variables en relación a la estructura agrupada en 4 factores, se realizaron 40 simulacros de parada cardiorrespiratoria participando en los mismos un total de 144 profesionales.

El porcentaje medio de cumplimiento de las variables evaluadas en la revisión de carros osciló entre el 40 y el 55%. El % de los elementos de estructura que cumplieron los requisitos osciló entre el 40% al 100%.

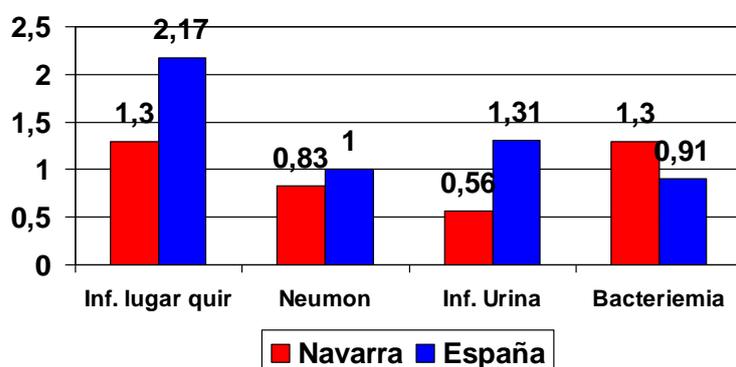
En los simulacros se evaluaron: la realización de acciones simultáneas, la disponibilidad del carro de parada, la disponibilidad y uso del interfono, la ejecución de la llamada, las maniobras de identificación de PCR, las maniobras en vía aérea, las maniobras de soporte circulatorio, la preparación del desfibrilador y el uso de desfibrilador manual. El % de cumplimiento fue muy heterogéneo oscilando entre el 2,5 al

100%. En cuanto al análisis realizado para monitorizar el cumplimiento del tiempo, el % de simulacros que cumplieron los estándares oscilaron entre 17,5 y el 45%.

3. INFECCIÓN NOSOCOMIAL

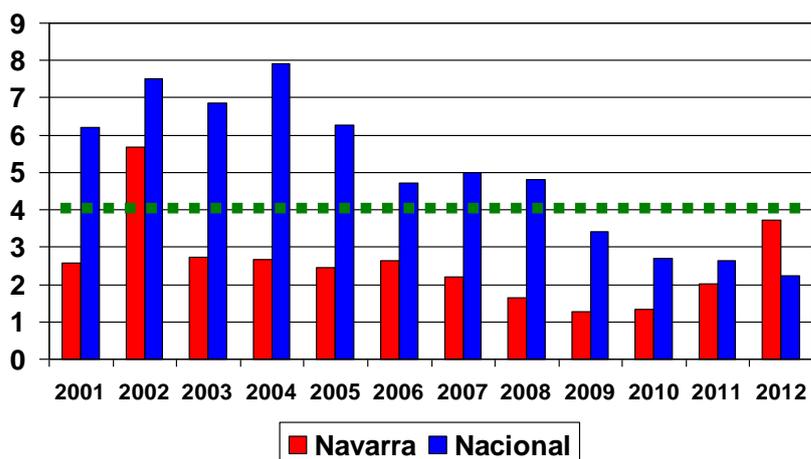
La prevalencia de infecciones nosocomiales en el año 2012 fue de 6,67% en Navarra y de 7,61% en España. La prevalencia de infecciones nosocomiales más frecuente es la que aparece en el gráfico siguiente:

Prevalencia de infecciones. Navarra vs España 2012



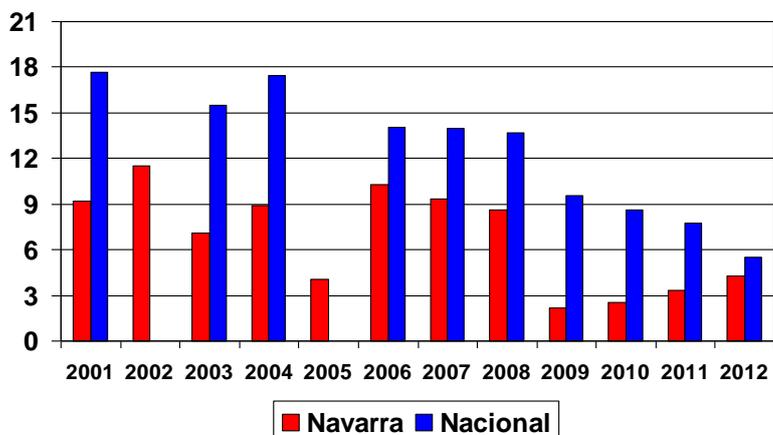
Los resultados del proyecto de Bacteriemia Zero, son los que se muestran a continuación. El proyecto comenzó en el año 2009 y el estándar a alcanzar es de 4 episodios por cada 1.000 días de catéter venoso central.

Bacteriemia Zero. Densidad de incidencia. Datos comparativos Navarra versus España



Los resultados del proyecto de Neumonía Zero son los que muestran a continuación. El gráfico está expresado en densidad de incidencia y el estándar es 9 neumonías por cada 1.000 días de ventilación mecánica. El proyecto empezó su implantación en el año 2010.

Neumonía Zero. Densidad de incidencia. Datos comparativos Navarra versus España

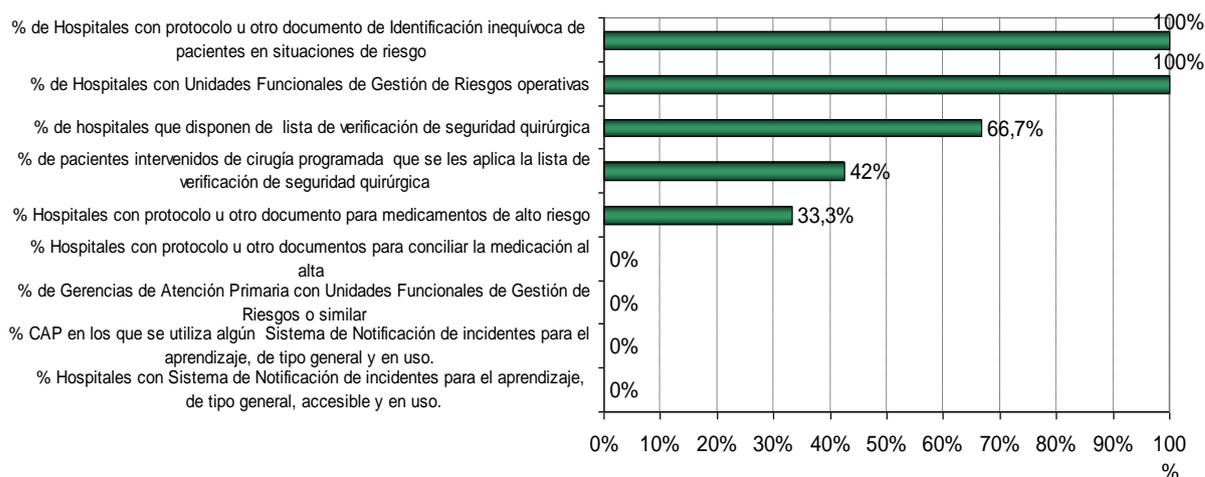


Algunas causas que pueden justificar los resultados obtenidos son el perfil de pacientes, la presión asistencial y la alta rotación de los profesionales de enfermería. Estas circunstancias se han producido sobretodo en el Hospital de Navarra, el cual tiene un gran peso en el resultado de los indicadores del conjunto de Navarra.

PANEL DE INDICADORES DEL MINISTERIO

EL Ministerio recoge periódicamente dos paneles de indicadores, uno relacionados con la higiene de manos, y otro con la seguridad de pacientes. Los resultados obtenidos en el año 2012 son los que se muestran en los siguientes gráficos.

Indicadores seguridad de Pacientes Servicio Navarro de Salud. 2012



Indicadores de Higiene de Manos Servicio Navarro de Salud. 2012



III. METODOLOGÍA A

Metodología de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes

Siguiendo los Objetivos Generales y Específicos del Plan de Salud, se definen Objetivos de Seguridad y se identifican las Líneas de Acción para instaurar Prácticas Seguras en nuestro ámbito sanitario.

El enfoque global de la Estrategia se dirige hacia la consecución de resultados en salud objetivables y monitorizados con indicadores de proceso y resultado.

Para la selección de las medidas a implantar se han revisado diferentes fuentes de información siendo la más relevante el informe publicado en marzo de 2013 **“Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis for Patient Safety Practices”** realizado por la AHRQ (Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) encargada de la investigación para la mejora de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. En él se realizan recomendaciones sobre la efectividad de las principales Prácticas Seguras que se pueden desarrollar en este momento. La evidencia se basa en el alcance (frecuencia y severidad) de cada práctica instaurada, la fuerza de recomendación, el coste estimado y la dificultad de implantación, tras el análisis sistemático de estudios realizados a nivel mundial.

IV. OBJETIVOS

A continuación se muestran los objetivos de salud de seguridad del paciente y su relación con los objetivos generales del Plan de Salud.

Objetivos de salud de la Estrategia de Seguridad de pacientes	Disminuir mortalidad evitable	Disminuir morbilidad	Disminuir discapacidad y promoción autonomía	Reducir los riesgos para la salud	Fomento del empoderamiento, autogestión y concepción positiva	Contribuir sostenibilidad del sistema
Sepsis						
Infecciones nosocomiales						
Neumonías por aspiración						
Tromboembolismo intrahospitalario						
Caidas en los dispositivos asistenciales						
Sangrado postoperatorio						
Reacciones adversas a medicamentos o transfusiones						
Reacciones anafilácticas a alimentos						
Paro cardíaco en los dispositivos sanitarios						
Suicidio en el medio hospitalario						
Complicaciones intra y postoperatorias						
Úlcera de decúbito						
Traumatismo al nacer o lesión al neonato(*)						
Traumatismo grave (*)						
Ictus y cardiopatía isquémica (*)						
Fractura de cadera (*)						
Mejora de la atención en embarazo, parto y puerperio (*)						
Evitar las intervenciones diagnósticas o terapéuticas en paciente o lugar equivocado						
Evitar el deterioro asociado a la estancia hospitalaria (horario, movilidad, etc.) en pacientes con limitaciones funcionales.						
Incrementar el nivel de implicación de las familias y de las personas cuidadoras en el proceso asistencial para que sean un filtro adicional a posibles incidentes						
Mejorar la información para que los pacientes entiendan mejor los riesgos potenciales de los procedimientos.						
Establecer cauces de comunicación ante un evento adverso						
Información sobre la calidad en relación con la seguridad de pacientes						
Incrementar el nivel de implicación de los pacientes para que sean un filtro adicional a posibles incidentes						
Evitar las intervenciones (diagnósticas, terapéuticas) innecesarias como medida para evitar iatrogenia (incluyendo maniobras de reanimación cardiopulmonar)						
Utilización adecuada de las distintas modalidades asistenciales priorizando las que menos riesgos en seguridad tienen (hospitalización a domicilio, atención domiciliaria, etc.) (*)						
Utilizar las tecnologías con mayor evidencia para la seguridad de pacientes (catéteres, etc.)						

* Estos objetivos no se desarrollan en la estrategia de seguridad de pacientes porque tienen un desarrollo más adecuado dentro del resto de estrategias de salud priorizadas por este Plan.

V. IMPORTANCIA DE LOS OBJETIVOS DE SALUD DE SEGURIDAD DE PACIENTES SELECCIONADOS

1. SEPSIS

Sepsis o septicemia es la respuesta sistémica del organismo huésped ante una infección, con finalidad eminentemente defensiva. La sepsis puede derivar en sepsis grave o en shock séptico. La sepsis grave y el shock séptico son un problema de salud importante que afecta a millones de personas en todo el mundo cada año, matando a uno de cada cuatro (y muchas veces más) personas afectadas. Es un proceso patológico cuya incidencia está aumentando debido a la inmunosupresión y a la realización de procedimientos invasivos. En Estados Unidos se producen aproximadamente 750.000 casos nuevos de sepsis cada año produciendo al menos 201.000 fallecimientos. De forma similar a los politraumatismos, al infarto agudo de miocardio o al accidente cerebrovascular, la velocidad y la conveniencia de la terapia se administra en las primeras horas después desarrolla sepsis grave es probable que influya en el resultado. Reducir la mortalidad requiere un proceso organizado que garantice el reconocimiento precoz de la sepsis grave así como la aplicación estandarizada de las medidas basadas en la evidencia. El conjunto de medidas se deben realizar en un plazo de las 3 horas en el caso de sepsis grave y de 6 en el caso de shock séptico.

2. INFECCIONES NOSOCOMIALES

Las infecciones nosocomiales son uno de los efectos adversos más frecuentes. Este tipo de efectos adversos ocurren entre el 8% y el 12% de los pacientes ingresados en hospitales europeos, lo que representa entre 6,7 y 15 millones de personas afectadas. Además, cerca de 37 millones de pacientes, tras recibir atención médica primaria, sufren efectos adversos directamente vinculados con la atención recibida. Con respecto a las infecciones en los hospitales en Europa afectan a 4,1 millones de personas cada año (uno de cada 20 pacientes ingresados), de los cuales 37.000 acaban falleciendo en cada ejercicio. Con respecto a las infecciones por microorganismos multirresistentes es un fenómeno que va en aumento. A título orientativo, mencionar que en el año 2005 murieron en Estados Unidos debido a infecciones por estafilococo meticilina-resistente 18.650 pacientes, superando esta cifra a los fallecimientos por VIH/SIDA.

3. NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN

La neumonía por aspiración es un cuadro respiratorio propio de pacientes con un estado de consciencia disminuido (coma, etc.), ancianos y en personas que presentan disfagia, enfermedad por reflujo gastroesofágico o divertículo de Zenker. Es también frecuente en intubados y en aquellos pacientes en los que el vómito es repetido. La causa de esta neumonía es una aspiración por regurgitación del material bien de la orofaringe, bien del tracto digestivo. Este material pasa al árbol bronquial por un fallo en los mecanismos fisiológicos de defensa contra la aspiración.

En el paciente quirúrgico, la neumonía por aspiración tiene una prevalencia del 0,8%. Los factores que aumentan el riesgo son la edad mayor a 60 años, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad maligna y admisión de emergencia. Los pacientes con estas características tienen altas probabilidades de requerir terapia intensiva, mayor estancia hospitalaria y mortalidad. En el paciente crítico la posición supina, el reflujo gastroesofágico, la presencia de sonda nasogástrica, la dismotilidad gastrointestinal debida a sepsis, trauma, quemaduras, cirugía, shock, etc., gastroparesia, alimentación enteral, obstrucción intestinal, uso de inhibidores de la bomba de protones y bloqueadores H2, constituyen factores de riesgo para aspiración y desarrollo posterior de neumonía.

4. TROMBOEMBOLISMO

La enfermedad tromboembólica (ETV) está constituida por dos patologías principales: la trombosis venosa profunda (TVP) y la tromboembolia pulmonar (TEP). A pesar de los avances en la profilaxis, diagnóstico y manejo de esta entidad, aún es una causa inaceptablemente elevada de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Si bien la prevalencia precisa de la ETV se desconoce, se sabe que la incidencia de TVP va desde 1 caso/10.000 adultos jóvenes a 1 caso/100 en adultos mayores.

5. CAÍDAS

La tasa de caídas intrahospitalarias varía entre 1,3 a 8,9 caídas por cada 1000 días/ cama. Un 30 % de las caídas resulta en daño donde las fracturas, el trauma craneoencefálico, la ansiedad y la depresión posterior a la caída generan mayor comorbilidad. Las mayores tasas se producen en las plantas de neurología, geriatría y rehabilitación. Es más frecuente en personas mayores de 64 años (66%). Tras la caída de un paciente, la estancia hospitalaria se prolonga 12 días en promedio, con un aumento del gasto total de la hospitalización.

6. SANGRADO POSOPERATORIO

El sangrado en el paciente quirúrgico ocurre habitualmente en el postoperatorio inmediato. Muchas veces cursa en forma catastrófica llevando al shock hipovolémico lo que lleva a una reintervención inmediata. Otras veces es menos aguda y permite control adecuado de funciones vitales, administración de fluidos, etc. antes de reintervenir. Las anomalías de la hemostasia deben ser identificadas en el preoperatorio. La causa más común de hemorragia intra o postoperatoria en un paciente con historia clínica y examen físico negativos, además de pruebas de laboratorio normales, es el fallo en la sutura de los vasos sanguíneos seccionados.

7. EVENTOS ADVERSOS CAUSADOS POR LOS MEDICAMENTOS

Los problemas asociados con la farmacoterapia (en particular, los errores en la medicación y las reacciones adversas a los fármacos) son frecuentes y están asociados con un incremento en los costos de tratamiento. Estos errores pueden producirse en todo el proceso de medicación (prescripción, transcripción o interpretación, preparación y dispensa o administración) y representan factores de riesgo para las reacciones y los eventos adversos. Las fases particularmente asociadas a los errores en la medicación son las de prescripción y administración. Diferentes estudios sitúan la media de la tasa de errores en la medicación en el 5,7% de todos los episodios de administración de fármacos (rango 0,038-56,1%), 1,07 errores por 100 pacientes/día (rango 0,35-12) o 6% de los pacientes internados (rango 0,93-24%). La una gran variabilidad en las frecuencias de errores, es debida a los distintos fármacos utilizados para tratar a los pacientes y a los diferentes métodos empleados para determinar la tasa de error.

8. REACCIONES ANAFILÁCTICAS A ALIMENTOS

La alergia a alimentos es un tema de actualidad en los países occidentales, y, lo mismo que sucede con otras enfermedades alérgicas, su prevalencia parece estar aumentando. Según estudios recientes, se estima que la alergia a alimentos afecta al 3,5% de la población general, y es mucho más frecuente en los niños, oscilando entre el 7 y el 8%.

El estudio "Alergológica 2005", mostró una prevalencia del 7,4%, es decir, la prevalencia se duplicó en nuestro país en poco más de una década.

Respecto al tipo de alimentos implicados, los datos varían según el grupo de edad sometido a estudio, el área geográfica y los hábitos alimenticios. En los niños, el huevo y la leche de vaca son los alimentos implicados con mayor frecuencia en todas esas investigaciones, en especial en los menores de 5 años.

Ésta disminuye con la edad, lo que refleja el desarrollo de tolerancia a estos alimentos. Aparece también en los dos primeros años de vida la alergia al pescado, que es más persistente y por tanto permanece en niños mayores y en los adultos. La alergia a frutas y frutos secos es más habitual a partir de la adolescencia, y son los alimentos que producen más reacciones alérgicas en la población adulta. Aunque en las consultas de alergia infantil se ha observado, en los últimos años, que la alergia a frutos secos se manifiesta cada vez a edades más tempranas y con clínica grave.

Las frutas son el primer alimento causante de alergia en nuestro país, seguido de los frutos secos, los mariscos y los pescados. Es importante recoger en la historia clínica los antecedentes de reacciones alérgicas a los alimentos para evitar repercusiones no deseadas durante los episodios de hospitalización.

9. PARO CARDIACO EN LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS

Del 0,4 al 2% de los pacientes ingresados pueden precisar reanimación cardiopulmonar. El 50% de las paradas se producen fuera del área de críticos. Tras una parada cardiorrespiratoria, una de cada 6 pacientes sobrevive y es dado de alta.

10. PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Los pacientes son hospitalizados tras intentos suicidas o por riesgo a cometer suicidio. No obstante, la hospitalización no protege totalmente al paciente. El suicidio se asocia frecuentemente a determinados trastornos mentales como la esquizofrenia o la depresión, pero el riesgo de suicidio no se limita solamente a los pacientes psiquiátricos hospitalizados ya que pacientes ingresado en otras unidades también tiene factores de riesgo como dolor intenso, estado mental alterado, o enfermedad terminal. Las tasas de suicidio varían mucho, pero la importancia de este objetivo de salud no radica en su frecuencia sino en las consecuencias del mismo en pacientes que están en un entorno sanitario.

11. COMPLICACIONES INTRA Y POSOPERATORIAS

Se estima que anualmente se realizan aproximadamente 234 millones de operaciones. Según los estudios realizados, la tasa de mortalidad de los pacientes quirúrgicos oscilaría en países industrializados entre el 0,4 y el 0,8% y la de complicaciones mayores entre el 3 y el 17%.

Según el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005, la incidencia de pacientes con efectos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue en España de 8,4%. Según ese mismo estudio, las especialidades que presentaron mayor número de sucesos adversos fueron las quirúrgicas y de ellas Cirugía Vasculuar (16,1%), mientras que las especialidades médicas fueron las que presentaron una menor frecuencia (3,6%). Además, los datos sugieren que al menos la mitad de las complicaciones quirúrgicas son potencialmente evitables.

12. ÚLCERA POR DECÚBITO

Las úlceras por decúbito (UD) se pueden prevenir, pero las tasas de UD continúan aumentando de forma alarmante. De hecho entre 1995 y 2008, la incidencia de las UD aumentó hasta en un 80%. Las estimaciones de incidencia son altas tanto para los pacientes ingresados en hospitales de agudos como de larga estancia. Las estimaciones indican que en EEUU cada año 2,5 millones de pacientes desarrollarán una UD, y 60.000 pacientes morirán a causa de complicaciones relacionadas con las UD.

La prevención de las UD es importante no sólo para proteger a los pacientes de los daños, sino también para reducir los costes de atención. Las estimaciones sugieren que los costos de tratamiento de la UD en EEUU podrían alcanzar anualmente los 11 mil millones de dólares. Los pacientes con morbilidad relacionada con la UD necesitan más atención y recursos y tienen hospitalizaciones más largas. En algunos casos, las UD en etapa tardía conducen a las infecciones que pueden poner en peligro la vida de los pacientes. Debido al creciente número de pacientes obesos, diabéticos, y de edad avanzada, se prevé que las tasas de la UD seguirán aumentando.

13. EVITAR LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN PERSONA, LUGAR O PROCEDIMIENTO EQUIVOCADO

Las intervenciones quirúrgicas en persona o lugar equivocado puede ser una experiencia devastadora para el paciente y tienen un impacto negativo en el equipo quirúrgico que las realiza. El número de estas intervenciones que se comunican es inferior a las que realmente suceden. Hay grandes variaciones en el número: 1 de cada 27.686 casos, 1 de cada 112.994 intervenciones quirúrgicas, 1 de cada 5 cirujanos durante su carrera, o 1 de 4 cirujanos ortopédicos con 25 años de experiencia. Independientemente del número exacto que se produzcan estos errores son prevenibles si se toman ciertas medidas y procedimientos estandarizados.

14. EVITAR EL DETERIORO ASOCIADO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON LIMITACIONES FUNCIONALES

El síndrome confusional agudo o deterioro asociado a la estancia es una disminución aguda en la atención y la cognición que constituye un grave problema para los pacientes de edad avanzada ingresados tanto en hospitales de agudos como de larga estancia. Las tasas de incidencia estimadas oscilan entre el 14 % y el 56 % y varían dependiendo del motivo del ingreso (cirugía urgente, cuidados intensivos, ingreso en medicina general...) y del riesgo del paciente de desarrollar este síndrome. Los pacientes que lo padecen tienen un mayor riesgo de muerte, de desarrollar complicaciones postoperatorias, de aumentar las estancias tanto en el hospital como en las unidades de cuidados intensivos además de sufrir un deterioro funcional. El síndrome confusional incrementa considerablemente los costes de los cuidados (de 2,5 veces mayor en los pacientes con este trastorno en comparación con los que no lo tienen). Por consiguiente, la prevención de este deterioro es muy importante tanto para mejorar los resultados del paciente como para reducir los costes de la atención médica.

15. INCREMENTAR EL NIVEL DE IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTE, LAS FAMILIAS Y LAS PERSONAS CUIDADORAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL PARA QUE SEAN UN FILTRO ADICIONAL A POSIBLES INCIDENTES

Los pacientes y sus familias pueden proporcionar una capa defensiva adicional contra los efectos adversos, y de hecho, a menudo son las mejores fuentes de información. No sólo los pacientes y sus familias se pueden sentir valorados cuando participan en los controles de seguridad sino que sus preguntas y comentarios a menudo indican posibles errores.

Se reconoce cada vez más la participación del paciente como un componente clave en el rediseño de los procesos de atención de la salud.

La implicación de paciente aplicada con éxito a varias áreas de atención como la toma de decisiones y la gestión de las enfermedades crónicas. Factores relacionados con el paciente, tales como la aceptación del nuevo papel del paciente, la falta de conocimientos médicos, la falta de confianza, las comorbilidades, y diversos parámetros sociodemográficos, afectan la voluntad de participar en el proceso de atención de la salud. Entre los trabajadores de la salud, la aceptación y promoción de participación de los pacientes se ven influidas por otras cuestiones, como el deseo de mantener el control, la falta de tiempo, las creencias personales, el tipo de la enfermedad, y la formación en las relaciones paciente - cuidador. Son muchas las iniciativas que se están realizando en este campo, pero todavía no se conoce la mejor forma de llevarlas a cabo.

16. MEJORA DE LA INFORMACIÓN QUE PERMITA ENTENDER MEJOR LOS RIESGOS POTENCIALES DE LOS PROCEDIMIENTOS

En el cuidado de la salud, el consentimiento informado se refiere al proceso mediante el cual el paciente y el profesional de la salud participan en un diálogo acerca de la naturaleza de un tratamiento médico propuesto, sus consecuencias, daños, beneficios, riesgos y alternativas. El consentimiento informado es un principio fundamental de la atención sanitaria.

El proceso de consentimiento informado puede ser considerado un elemento de seguridad de los pacientes desde varias perspectivas. No solamente es un aspecto que jurídicamente tiene una gran relevancia, sino que el consentimiento informado puede también estar indirectamente relacionado con la seguridad del paciente ya que, cuando se hace bien, se abre un diálogo entre el paciente y el proveedor de manera que el paciente puede hacer preguntas, sabe qué esperar durante y después del procedimiento, puede por lo menos en teoría, contribuir a evitar errores. En general, los estudios han mostrado mejores resultados en los pacientes cuando la comunicación médico-paciente es efectiva.

17. ESTABLECER CAUCES DE COMUNICACIÓN ANTE LA APARICIÓN DE UN EFECTO ADVERSO

Los pacientes y las familias tienen necesidades y deseos cuando las cosas salen mal. Alguien tiene que decirles que algo ha salido mal. Además los pacientes y familiares pueden resultar muy útiles en la investigación dirigida a encontrar las causas del problema. Por otra parte, el profesional sanitario que se ha visto implicado en la atención de un paciente que ha sufrido un efecto adverso es una segunda víctima y también el necesita apoyo, entre otros aspectos, para poder comunicarse con el paciente o sus familiares una vez ocurrido el evento adverso.

18. INFORMACIÓN SOBRE LA CALIDAD OFRECIDA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DE PACIENTES

La información sobre la calidad de la atención sanitaria que se presta a los pacientes, siendo la seguridad una dimensión más de la misma, puede considerarse una obligación que las organizaciones sanitarias tienen con respecto a pacientes y ciudadanos. No obstante, para que la información sea útil debe ser comprensible y tiene que abordar aspectos que sean de interés para el paciente.

19. EVITAR LAS INTERVENCIONES (DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS) INNECESARIAS COMO MEDIDA PARA EVITAR IATROGENIA (INCLUYENDO MANIOBRAS DE RCP)

Una de las maneras de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario es realizar solamente aquellas intervenciones diagnósticas o terapéuticas que se consideren necesarias. Además, evitando intervenciones innecesarias impedimos los efectos adversos que se pudieran derivar de las mismas. Por otra parte, han aumentado considerablemente las pruebas diagnósticas e intervencionistas que requieren fluoroscopia o TAC guiados. De 1980 a 2007, la realización anual de TACs en los EE.UU. aumentó de 3 millones a 80 millones. Con este rápido aumento en el uso de técnicas de imagen, se ha producido un aumento simultáneo de la exposición del paciente a radiaciones ionizantes. Efectos asociados a las radiaciones pueden ser categorizadas como deterministas o estocásticas. Los efectos deterministas se manifiestan en un tiempo relativamente corto después de una exposición de alta intensidad a la radiación. En 2000, una revisión de 73 informes de lesiones de piel identificó la fluoroscopia como la causa de 38 lesiones graves en la piel (por ejemplo, ulceración crónica) requiriendo 18 pacientes la realización de un injerto. También se han reportado quemaduras inducidas por la radiación tras infusión cerebral durante la realización de un TAC.

Los efectos estocásticos incrementan los riesgos de diversas afecciones (por ejemplo, cáncer, enfermedad del corazón) que se manifiestan durante un período de tiempo más largo. Estimaciones recientes indican que las TAC realizadas en los EE.UU. en 2007 estarán relacionadas con

aproximadamente con 29.000 cánceres futuros; matando a casi 15.000 personas. Casi la mitad de los cánceres previstos serán debido a la realización de exploraciones abdomen y pelvis.

20. UTILIZAR LOS DISPOSITIVOS CON MAYOR EVIDENCIA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES

El término “dispositivo médico” es usado para definir un variado grupo de productos de uso clínico cuya acción básica, prevista en o sobre el cuerpo humano, no se da por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, pero que puede ser asistido en sus funciones por dichos medios. De lo anterior se desprende que los dispositivos médicos son una amplia gama de productos que abarca desde elementos y utensilios simples como la gasa o la jeringuilla hasta equipos de alta complejidad tecnológica como los de imagen por resonancia magnética nuclear y los aceleradores lineales, e incluyendo todos los productos que son implantados en forma temporal o permanente en el cuerpo humano. Cada uno de estos productos tiene un nivel de riesgo asociado durante su uso, y por ello se requiere que cumplan estrictamente con los estándares establecidos para cada cual y a su vez sean utilizados para el fin que fueron fabricados siguiendo las indicaciones dadas por el fabricante. Por otra parte, se requiere que la eficacia de los dispositivos sea clínicamente comprobada y que sean productos seguros en su uso y de calidad.

A menudo los eventos adversos se producen porque no hay suficientes barreras técnicas que impidan la comisión de errores. En este sentido, la utilización de dispositivos que solo permitan que se manipule de determinada manera, o que orienten al profesional a su adecuada utilización pueden jugar un papel importante en la seguridad de los pacientes.

VI. ACCIONES

Acciones específicas

Se han priorizado las siguientes líneas de acción. Cuando una línea de acción específica se considera importante pero no hay suficiente evidencia científica de cual es la mejor manera de implantarla, se señala con una I, indicando que se trata de una prioridad para investigar. No se han especificado los objetivos de salud que encajarían mejor en otras de las estrategias priorizadas.

LÍNEAS DE ACCIÓN PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES

1. SEPSIS
 - a. Detección precoz en todos los niveles para disminuir tiempo puerta-cultivos y disminuir el tiempo hasta inicio antibiótico.
2. INFECCIONES NOSOCOMIALES
 - a. Conjunto de medidas para promover la higiene de manos
 - b. Conjunto de medidas para disminuir la infección del tracto urinario
 - c. Conjunto de medidas incluidas en el proyecto Bacteriemia zero
 - d. Conjunto de medidas incluidas en el proyecto de neumonía asociada a ventilador
 - e. Tubos endotraqueales para aspiración subglótica
 - f. Listado de verificación quirúrgica
 - g. Re-utilización de materiales de un solo uso
 - h. Política de aislamiento de pacientes
 - i. Política de utilización adecuada de antibióticos (tipo y momento)
 - j. Acciones relacionadas con la preparación del paciente previamente a la cirugía (rasurado, etc.)
 - k. Conjunto de medidas de resistencia zero
3. NEUMONÍAS POR ASPIRACIÓN
 - a. Conjunto de medidas para prevenir las neumonías por aspiración en área quirúrgica (incentivo respiratorio, profilaxis farmacológica, etc.)
 - b. Conjunto de medidas para prevenir las neumonías por aspiración en área de hospitalización (higiene bucal, cambios posicionales, etc.).

LÍNEAS DE ACCIÓN RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS SANITARIOS

4. CAÍDAS
 - a. Conjunto de medidas para disminuir las caídas: protocolo de valoración de riesgos, medidas ambientales, educación paciente y familia, etc.
5. ÚLCERA POR DECÚBITO
 - a. Conjunto de medidas para disminuir las úlceras: herramientas de evaluación y re-evaluación de riesgos, protocolos de prevención y de tratamiento, formación del personal, etc.
6. EVITAR EL DETERIORO ASOCIADO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES CON LIMITACIONES FUNCIONALES.
 - a. Conjunto de medidas para prevenir el síndrome confusional
 - b. Valoración del riesgo de malnutrición
7. PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS
 - a. Conjunto de medidas para prevenir las conductas suicidas (protocolo de prevención de conducta suicida en unidades de hospitalización, etc.).

LÍNEAS DE ACCIÓN PARA PREVENIR LOS ERRORES ASOCIADOS A MEDICAMENTOS, TRANSFUSIONES, ALIMENTOS O DISPOSITIVOS MÉDICOS

8. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS O TRANSFUSIONES
 - a. Conciliación de la medicación
 - b. Sistemas expertos y ayudas para la prescripción farmacológica (nomogramas, dosis máximas, alertas, etc.).
 - c. Conjunto de medidas estandarizadas para la manipulación de medicamentos de alto riesgo (anticoagulantes intravenosos...)
 - d. Estandarizar la prescripción, almacenamiento, preparación y administración de la medicación
 - e. Limitar el número de presentaciones y de concentraciones disponibles, particularmente para heparina, morfina e insulina
 - f. Implantar prácticas seguras en la preparación y administración de medicamentos (doble chequeo, códigos de barras, etiquetado de extremos de tubo o líneas para administración de medicamentos por distintas vías, etc.)
9. REACCIONES ANAFILÁCTICAS A ALIMENTOS
 - a. Énfasis en la recogida de información de alergias alimentarias en historia clínica
10. UTILIZAR LOS DISPOSITIVOS CON MAYOR EVIDENCIA PARA LA SEGURIDAD DE PACIENTES
 - a. Incluir como criterio de Seguridad del Paciente en los pliegos técnicos de los Concursos de adquisición de materiales
 - b. Existencia de catéteres y equipamientos, cuyo diseño, etiquetado y color no permita errores de conexión

OTRAS LÍNEAS DE ACCIÓN PARA PREVENIR COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS

11. LÍNEAS DE ACCIÓN PARA PREVENIR LAS COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS
 - a. LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICO
 - b. CHECKLIST ANESTESIA (EQUIPAMIENTO)
 - c. MARCADO QUIRÚRGICO
 - d. ETIQUETADO DE MUESTRAS
 - e. FORMACIÓN TRABAJO EN EQUIPO
 - f. MEDIDAS PARA CONTROLAR EL SANGRADO POSOPERATORIO
 - g. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA MEDICIÓN DE COMPLICACIONES (REPORT CARD)
12. TROMBOEMBOLISMO
 - a. Conjunto de medidas para incrementar el uso adecuado de la profilaxis para prevenir el tromboembolismo
13. PARO CARDIACO EN LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS
 - a. Plan de actuación ante la urgencia vital en los dispositivos sanitarios
 - b. Valoración, ubicación y equipo para pacientes en riesgo de tener una parada cardio-respiratoria
14. EVITAR LAS INTERVENCIONES (DIAGNÓSTICAS, TERAPÉUTICAS) INNECESARIAS COMO MEDIDA PARA EVITAR IATROGENIA (INCLUYENDO MANIOBRAS DE RCP)
 - a. Medidas técnicas (optimizar colimación...) para disminuir las radiaciones ionizantes
 - b. Selección de determinadas pruebas radiológicas en las que se va a trabajar los protocolos de indicación

- c. Indicación de biopsias prostáticas tras cribado mediante PSA
- d. Maniobras de no RCP

LÍNEAS DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y LA INFORMACIÓN SOBRE LOS EFECTOS ADVERSOS A LOS PACIENTES Y MEJORAR LA IMPLICACIÓN DE PACIENTE EN LA SEGURIDAD

- 15. INCREMENTAR EL NIVEL DE IMPLICACIÓN DE LOS PACIENTE, LAS FAMILIAS Y LAS PERSONAS CUIDADORAS EN EL PROCESO ASISTENCIAL PARA QUE SEAN UN FILTRO ADICIONAL A POSIBLES INCIDENTES
- 16. MEJORA DE LA INFORMACIÓN QUE PERMITA ENTENDER MEJOR LOS RIESGOS POTENCIALES DE LOS PROCEDIMIENTOS
 - a. Mejora del consentimiento informado
 - b. Garantizar la documentación de preferencias de pacientes para el tratamiento de soporte vital
- 17. ESTABLECER CAUCES DE COMUNICACIÓN ANTE LA APARICIÓN DE UN EFECTO ADVERSO
 - a. Procedimiento de comunicación ante un efecto adverso grave (pacientes, familiares, prensa, profesional)
- 18. INFORMACIÓN SOBRE LA CALIDAD OFRECIDA EN RELACIÓN CON LA SEGURIDAD DE PACIENTES
 - a. Panel de indicadores de seguridad de pacientes en formato y estructura adecuada para informar a los pacientes

Acciones generales

Hay un conjunto de acciones que influyen en la mejora de múltiples objetivos de salud en relación con la seguridad de los pacientes. Se han seleccionado las siguientes:

- 1. Sistema de notificación y aprendizaje
- 2. Sistema de comprobación inequívoca del paciente
- 3. Protocolo de seguridad en las transiciones asistenciales
- 4. Implantar Sistemas de gestión de riesgos o Mapa de Riesgos para Eventos críticos en Unidades de Hospitalización y Centros de Salud
- 5. Manual de Prácticas Seguras
- 6. Plataforma informática de difusión y comunicación en Seguridad del Paciente
- 7. Encuestas de satisfacción relacionadas con la seguridad de pacientes
- 8. Facilitar el conocimiento a los profesionales sobre seguimiento y evaluación del Plan estratégico de seguridad de pacientes y configurar un cuadro de mandos
- 9. Incluir objetivos de seguridad de pacientes en los Pactos de Gestión

Retos en investigación

Son numerosos los retos de investigación en el área de seguridad de pacientes. El grupo de trabajo, basado en la bibliografía, ha detectado los siguientes:

- 1. Conjunto de medidas para evitar errores en diagnóstico
- 2. Estrategia multimodal de lavado de manos
- 3. Forma de implicar al paciente para preguntar al sanitario si se ha lavado las manos
- 4. Implicación en pacientes en la transición de los cuidados
- 5. Activación de equipos de respuesta rápida por parte de pacientes o familiares

6. Participación de los pacientes en el listado de verificación quirúrgica
7. Listado de medicamentos personalizados para que tengan los pacientes y contribuyan en la disminución de los errores de medicación
8. Utilidad del catéter recubierto de plata
9. Mejor método para contar las gasas e instrumental en el quirófano
10. Sistemática del control de glucemia para disminuir mortalidad e infecciones
11. Uso de fármaco clínico
12. Selección de los subgrupos de pacientes más adecuados para administrar beta-bloqueantes
13. Incidencia y perfil del suicida en Navarra