

## INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ANDALUCÍA. RESULTADOS DEL AÑO 2018.

### INTRODUCCIÓN

Los indicadores para la seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) tienen por objetivo medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente nacional y establecer mejoras en las políticas sanitarias. Estos indicadores se vienen recogiendo desde el año 2011.

Tras la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud en 2015 por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se definieron con el consenso de las comunidades autónomas y las sociedades científicas nuevos indicadores con los que evaluar el grado de desarrollo de las principales líneas estratégicas a nivel nacional tanto para atención hospitalaria como para atención primaria.

### OBJETIVO

Mostrar los datos de los indicadores sobre la seguridad de los pacientes del SNS para Andalucía correspondientes al año 2018, recogidos durante el mes de mayo-junio del 2019, y presentar su evolución 2011-2018 en los casos en los que se haya mantenido el indicador

### METODOLOGÍA

Los indicadores de seguridad del paciente del SNS en Andalucía, se obtienen mediante la cumplimentación de cuestionarios dirigidos a todos los centros hospitalarios y distritos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La información que se presenta es un resumen de los datos aportados por los centros con los datos anuales en 2018.

El cuestionario incluye preguntas abiertas donde es necesario describir las actuaciones realizadas y/o aportar documentación que justifique su respuesta (memorias, protocolos, procedimientos...) por lo que el efecto limitante que podría suponer las respuestas recogidas a través de un cuestionario se encuentra mitigado.

La recogida de la información y el análisis de los datos han sido realizados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía en colaboración con la dirección de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA.

### POBLACIÓN DE ESTUDIO

La red de centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) en 2018 la constituyen 48 centros hospitalarios y 25 distritos de atención primaria. Por otro lado, 14 de los hospitales son de alta resolución, hospitales cuya estancia media es inferior a 72 horas. De los 48 hospitales, 16 pertenecen a 14 áreas de gestión sanitaria, es decir, la gerencia es única para atención primaria y hospitalaria. De los 25 distritos de atención primaria, 14 están integrados en áreas de gestión sanitaria

## RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

### Participación

- Los 48 hospitales del SSPA han cumplimentado el cuestionario.

### Seguridad en la organización

- El 67% (n=32) dispusieron de una **comisión operativa de seguridad** del paciente con estructura, organización y funciones definidas y aportan el reglamento o norma que lo avala.
- El 46% (n=22) desarrollaron o actualizaron **un plan de seguridad** en 2018 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales y aportaron el plan.
- El 56% (n=27) aportaron la **memoria anual** con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2018, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.

### Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

- El 100% (n=48) contaron con un **sistema de notificación y aprendizaje** de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades. El 52% utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 33% un sistema de notificación propio y el 15% ambos.
- El 87% (n=42) dispusieron de una **comisión, equipo o unidad operativa para la gestión de los riesgos** o incidentes de seguridad ocurridos en su centro con miembros, funciones y actividades definidas
- El 74% (n=31) aportaron la **memoria anual** que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2018
- El 69% (n=33) dispusieron de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**. Muchos de los documentos aportados son procedimientos de notificación y/o gestión de incidentes entre los que se incluyen los eventos graves o centinela. Realmente sólo un 23% (n=11) aportaron procedimientos operativos específicos para la gestión de EA graves o EC.
- Solo el 23% (n=11) contó con plan de actuación propio para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (**atención a las segundas víctimas**).

### Identificación inequívoca de pacientes

- El 87% (n=42) dispusieron de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes** y lo aportaron.
- Solo el 21% (n=10) contaron con un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo** (procedimientos invasivos o pruebas diagnósticas) y aportaron el procedimiento de identificación específico.
- El 69% (n=33) aportaron un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas**

### Transferencia segura para el paciente

- El 81% de los hospitales (n=39) contaron con un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la adecuada **transferencia de la información y de los pacientes** incluyendo aspectos como el entorno donde se produce la transferencia, la información a transferir, el lenguaje, el nivel de transmisión o el responsable de la transferencia y aportaron algún documento relacionado.

### Higiene de manos

- El 99,5% de las camas **de cuidados intensivos** hospitalarias (n=968) dispusieron de **preparados de base alcohólica** (fijos o de bolsillo) en el punto de atención al paciente, incluyendo las de pediatría y neonatal. Los datos aportados corresponden a 34 hospitales ya que los Hospitales de alta resolución no disponen de unidades de cuidados intensivos.
- El 95,6% de las **camas hospitalarias** (n=12944) dispusieron de dispensadores de preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo), en **el punto de atención al paciente**, incluyendo las camas de los servicios de urgencias y excluyendo las del servicio de psiquiatría y unidad de cuidados intensivos.
- El **consumo medio de productos de base alcohólica** en hospitalización es de 37,98 litros por cada 100 pacientes. Los datos aportados corresponden a 39 hospitales.
- El 67% (n=32) realizaron un mínimo de 30 **observaciones por unidad** (servicio), en al menos el 50% de estas, de los momentos 1 y 2 siguiendo la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud en su manual técnico de referencia.
- El 77% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron **correctamente con PBA o con agua y jabón** para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 26 hospitales.
- El 61% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron **correctamente con PBA** para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 25 hospitales.

## Seguridad en el proceso quirúrgico

- El 94,4% de los pacientes intervenidos de cirugía programada no urgente en hospitales a los que se les aplicó el **listado de verificación de seguridad quirúrgica** (DE: 8,74). El número total de pacientes intervenidos es de 296.722. Los datos corresponden a 43 de los hospitales.
- Sin embargo, sólo en el 88,1% de los casos se les aplicó el **listado de verificación de seguridad quirúrgica correctamente** en el momento adecuado, por la persona adecuada y de la forma adecuada (DE: 17,12). Estos datos corresponden a los 40 hospitales.

## Uso seguro del medicamento

- El 42% (n=20) dispusieron de un protocolo actualizado en 2018 para el manejo de todos (o de algún) **medicamentos de alto riesgo** y aportaron el documento.
- El 52% (n=25) contaron con un documento que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la seguridad de medicamentos en **pacientes crónicos polimedicados** y lo aportaron.
- El 81% (n=39) aportaron un documento o protocolo que estableciera los procedimientos y circuitos que se deben implementar para **conciliar la medicación al alta**.
- Sólo el 12% (n=6) han cumplimentado en los últimos años el **cuestionario de autoevaluación** de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos y aportan los puntos de riesgo y áreas de mejora destinadas a prevenir errores de medicación

## Asistencia directa al paciente

- El 85,5% de los pacientes con ingreso superior a las 72 horas fueron dados de alta **con planes de cuidados** realizados en las primeras 48 horas. Porcentaje medio: 86,6 (DE: 19,40). El número de pacientes con ingreso superior a 72 horas fue de 317.505 y el número de pacientes dados de alta con planes de cuidados realizados en las primeras 48 horas. Los datos corresponden a 38 hospitales.
- El 1,056% de los pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron durante su estancia una **úlceras por presión** (Se excluyen unidades de bajo o nulo riesgo). Porcentaje medio: 1,062 (DE: 0,54). El número de pacientes con ingreso superior a 48 horas fue de 385.926 y el número de pacientes que desarrollan una úlcera por presión de 4.111. Los datos pertenecen a 29 hospitales.
- El 0,19% de pacientes hospitalizados sufrió una **caída** durante su estancia. Porcentaje medio: 0,183 (DE: 0,14). El número de pacientes hospitalizados fue de 500.138 y el número de caídas registradas 972. Los datos corresponden a 31 hospitales.
- El 69% (n=33) dispusieron de un protocolo que estableciera los pasos a seguir para el **empleo de la contención mecánica terapéutica**, entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados ingresados, y aportaron el documento.

### Uso seguro de radiaciones ionizantes

- Solo en el 21% (n=10) de los 47 hospitales que disponen de unidad o servicio de pediatría algún profesional de la unidad recibió en los últimos tres años alguna **formación acreditada** sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.
- Solo el 20% (n=9) de los 45 hospitales que disponen de servicio de radioterapia aportaron un **mapa de riesgos de los procesos en radioterapia y/o medicina nuclear** desarrollado en los últimos 5 años que fue actualizado en el caso de incorporación de nuevas tecnologías y/o dispositivos.
- Solo el 13% (n=6) de los 45 hospitales que disponen de servicio de radioterapia aportaron un **informe con los incidentes** recogidos por la unidad de radioterapia, según tipo de incidentes y gravedad, así como la relación de acciones de mejoras implementadas.

### Implicación activa del paciente y ciudadanía

- El 54% (n=26) dispusieron de un **plan de acogida para los pacientes ingresados** que incluía aspectos específicos relacionados con su seguridad y aportaron algún documento que lo avalara.
- El 33% (n=16) han descrito alguna **actividad formativa dirigida a pacientes** sobre aspectos de seguridad del paciente realizada durante el 2018.
- El 48% (n=23) dispusieron de un **protocolo de acompañamiento** a pacientes hospitalizados con criterios y procedimientos en función del tipo de paciente y la edad del mismo, así como de los espacios de aplicación (planta, cuidados intensivos...) y lo aportaron.

## RESULTADOS RELATIVOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA

### Participación

- Los 25 DAP envían el cuestionario cumplimentado.

### Seguridad en la organización

- El 52% (n=13) dispusieron de una **comisión operativa de seguridad** del paciente con estructura, organización y funciones definidas y aportan el reglamento o norma que lo avala.
- El 36% (n=9) desarrollaron o actualizaron un **plan de seguridad** en 2018 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales y aportaron el plan.
- El 40% (n=10) aportaron la **memoria anual** con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2018, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.

### Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

- El 100% (n=25) contaron con un **sistema de notificación y aprendizaje** de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades. El 80% utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 12% un sistema de notificación propio y el 8% ambos.
- El 48% (n=12) dispusieron de una **comisión, equipo o unidad operativa para la gestión de los riesgos** o incidentes de seguridad ocurridos en su centro con miembros, funciones y actividades definidas.
- El 44% (n=11) aportaron la **memoria anual** que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2018.
- El 40% (n=10) dispusieron de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**. Muchos de los documentos aportados son procedimientos de notificación y/o gestión de incidentes entre los que se incluyen los eventos graves o centinela.
- Solo el 16% (n=4) contó con plan de actuación propio para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (**atención a las segundas víctimas**).

### Identificación inequívoca de pacientes

- El 40% (n=10) dispusieron un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas** y lo aportaron.

### Higiene de manos

- El **consumo medio de productos de base alcohólica** en atención primaria es de 25,83 litros por cada 1000 consultas. El número de consultas asciende a 69.572.107 y el número de litros de PBA a 17.976 litros. Los datos aportados corresponden a 21 distritos o áreas de atención primaria.
- Solo el 12% (n=3) comentan que realizaron un mínimo de 30 **observaciones por unidad** (servicio), en al menos el 50% de estas, de los momentos 1 y 2 siguiendo la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud en su manual técnico de referencia.
- Aproximadamente el 12,44% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron **correctamente con PBA o con agua y jabón** para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 2 distritos.
- Aproximadamente el 66% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron **correctamente con PBA** para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 2 distritos.

### Uso seguro del medicamento

- El 20% (n=5) dispusieron de un protocolo actualizado en 2018 para el manejo de **medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC)** y aportaron el documento.
- El 52% (n=13) contaron con un documento que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para **la conciliación/revisión/adecuación de la medicación en pacientes polimedcados y/o pluripatológicos**.

### Uso seguro de radiaciones ionizantes

- Solo en el 8% (n=2) de los distritos algún pediatra recibió en los últimos tres años alguna **formación acreditada** sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

### Implicación activa del paciente y ciudadanía

- El 40% (n=10) han descrito alguna **actividad formativa dirigida a pacientes** sobre aspectos de seguridad del paciente realizada durante el 2018.

## EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2018

### Seguridad en la organización

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con comisión de seguridad *								67,5
Distritos con comisión de seguridad *								52,0
Hospitales que disponen de plan de seguridad *								45,8
Distritos que disponen de plan de seguridad *								36,0

### Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	100	97,8	95,7	97,9	100	100	100	100
Distritos con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	93,7	78,8	92	94,4	100	100	100	100
Hospitales con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos	95,4	91,3	82,9	93,6	93,3	84,8	91,3	87,5
Distritos con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos *	78,1	60,6	68	68	68	60	76	48,0
Hospitales con plan de abordaje de eventos adversos graves *								22,9
Distritos con plan de abordaje de eventos adversos graves *								40
Hospitales con planes de atención a las segundas víctimas *								22,9
Distritos con planes de actuación ante segundas víctimas *								16,0

### Identificación inequívoca de pacientes

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con protocolo de identificación de pacientes	100	100	100	100	100	95,6	100	87,5
Hospitales con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo *								20,8
Hospitales con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								68,7
Distritos con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								40,0

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

NS: Indicador no solicitado ese año

## Transferencia segura para el paciente

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con protocolo para transferencia de pacientes y de información *								81,2

## Higiene de manos (HM)

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Camas con PBA en la habitación	99,1	99,5	99,1	99,8	99,8	99,4	NS	
Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente	NS	98,7	100	100	100	100	100	99,6
Camas con PBA en punto de atención al paciente	92,5	97,9	96,1	98,1	98,9	97,8	97,5	95,6
UGC de atención primaria con PBA de bolsillo	93,8	98,8	93,3	92,3	94,8	88,8	94,55	NS
Hospitales con formación sobre la HM	100	97,8	91,5	97,9	84,4	80,4	93,4	NS
UGC de atención primaria con formación en HM	92,1	85,4	89,9	88,6	50,7	28,4	NS	
Hospitales con formación sobre los 5 momentos de la HM	100	97,8	89,4	97,9	84,4	NS		
Hospitales con observación directa de cumplimiento de la HM	64,4	54,4	72,3	63,8	64,4	78,3	86,9	66,7
Observaciones en atención hospitalaria de la HM adecuadas						61,5	50,35	76,9
Observaciones en atención hospitalaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2)						47,8	35,54	61,1
Distritos con observación directa de cumplimiento de la HM *								12,0
Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas *								12,4
Observaciones en atención primaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) *								66,0
Hospitales con cuestionario de autoevaluación de la HM	80	50	59,6	72,3	53,3	56,5	41,3	NS
Consumo de PBA en hospitalización	19,3	20,4	21,7	18,9	25,61	32,63	32,72	37,99
Consumo de PBA en atención primaria	20,2	14,8	13,7	15,4	15,7	18,4	23,0	25,83

NS: No solicitado

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

NS: Indicador no solicitado ese año

## Seguridad en el proceso quirúrgico

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con listado de verificación de seguridad quirúrgica	100	100	100	100	100	80,4	78,3	NS
Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica	79,8	77	86,9	94,8	93,86	97,5	87,7	88,1

## Uso seguro del medicamento

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con protocolo para medicamentos de alto riesgo	65,9	73,9	48,9	55,3	62,2	58,7	50,0	41,7
Distritos con protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos *								20,0
Hospitales con protocolo para pacientes crónicos polimedcados *								52,1
Hospitales con protocolo para conciliar la medicación al alta	40,9	43,5	78,7	87,2	88,8	78,3	84,7	81,2
Distritos con protocolos de conciliación/revisión de polimedcados *								52,0
Hospitales con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos	37,5	NS	31,9	25,5	15,5	23,9	21,7	12,5

## Asistencia directa al paciente

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Pacientes ingresados con planes de cuidados *								85,5
Pacientes ingresados >48h que desarrollan úlceras por presión *								1,06
Caídas en pacientes hospitalizados *								0,19
Hospitales con protocolo contención mecánica terapéutica *								68,7

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

NS: Indicador no solicitado ese año

### Uso seguro de radiaciones ionizantes

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante *								21,3
Hospitales con mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear *								20,0
Servicios de radioterapia con informe de incidentes y acciones de mejora *								13,3

### Implicación activa del paciente y ciudadanía

	Porcentaje							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitales con plan de acogida *								54,1
Hospitales con actividades formativas en SP para pacientes *								33,3
Distritos con actividades formativas en SP para pacientes *								40,0
Hospitales con protocolo de acompañamiento para pacientes hospitalizados *								47,9

\* Indicador recogido por primera vez en 2018

NS: Indicador no solicitado ese año