



ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía

Informe de resultados de **2020**





**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía

Datos 2020

Autoría

Documento elaborado por la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA:

- Elena Corpas Nogales. Técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Paloma Trillo López. Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

Creado en octubre de 2021

Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Secretaría General Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Octubre 2021.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se mencione explícitamente la fuente.



Índice

INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA	6
RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	10
Participación	10
Seguridad en la organización	10
Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	12
Implicación activa de pacientes y ciudadanía	14
Identificación inequívoca de pacientes	16
Transferencia segura para el paciente	18
Higiene de manos	19
Seguridad en el proceso quirúrgico	22
Uso seguro del medicamento	23
Asistencia directa al paciente	25
Uso seguro de radiaciones ionizantes	27
RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	32
Participación	32
Seguridad en la organización	32



Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	34
Implicación activa de pacientes y ciudadanía	36
Identificación inequívoca del paciente	37
Higiene de manos	38
Uso seguro del medicamento	39
Uso seguro de radiaciones ionizantes	40
EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2020	44
Seguridad en la organización	44
Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	45
Implicación activa del paciente y ciudadanía	46
Identificación inequívoca de pacientes	47
Transferencia segura para el paciente	47
Higiene de manos (HM).....	48
Seguridad en el proceso quirúrgico	49
Uso seguro del medicamento	49
Asistencia directa al paciente	50
Uso seguro de radiaciones ionizantes	50
ANEXO 1. Cuestionario Atención Hospitalaria	52
ANEXO 2. Cuestionario Atención primaria	72

(1)

INTRODUCCIÓN

Desde el Ministerio de Sanidad, en consenso de las comunidades autónomas y las sociedades científicas se diseñaron unos indicadores con los que evaluar el grado de desarrollo de las principales líneas estratégicas de seguridad del paciente a nivel nacional, tanto para atención hospitalaria como para atención primaria.

Estos indicadores tienen por objetivo medir el grado de implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente nacional, así como detectar, comprender, analizar y evaluar estos y otros aspectos relacionados con la seguridad con vistas a plantear acciones de mejora para la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA).

Algunos de los indicadores se vienen recogiendo desde el año 2011, y posteriormente se han ido modificando, añadiendo algunos nuevos y eliminando otros.

Los datos de este año deben enmarcarse en la pandemia COVID-19 vivida durante el año 2020, que ha condicionado la actividad asistencial. Durante este año los esfuerzos de los centros sanitarios se han centrado en luchar contra la enfermedad y ha disminuido la actividad relacionada con la seguridad del paciente.

Debido a la pandemia, desde el Ministerio de Sanidad este año sólo se han evaluado los indicadores relacionados con la higiene de manos. Pero desde Andalucía se ha solicitado información referente a todos los indicadores que se venían recogiendo con anterioridad.



OBJETIVOS

- Analizar los indicadores para la seguridad del paciente para Andalucía correspondientes al año 2020.
- Presentar la evolución 2011-2020 en los casos en los que se haya mantenido el indicador.





(2)

METODOLOGÍA

A. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Para recoger la información relativa a los indicadores de seguridad del paciente en Andalucía se han utilizado dos cuestionarios en LimeSurvey, uno para atención hospitalaria y otro para atención primaria, cada uno con preguntas adaptadas al nivel asistencial correspondiente.

La recogida de la información y el análisis de los datos han sido realizados por el equipo de la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA entre los meses de junio y julio del 2021.

Se envió el enlace para cumplimentar el cuestionario a los referentes de seguridad del paciente de cada centro hospitalario o distrito de atención primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). A lo largo del periodo de recogida de la información se hicieron varios recordatorios.

El cuestionario incluye preguntas abiertas donde es necesario describir las actuaciones realizadas y/o aportar documentación que justifique su respuesta (memorias, protocolos, procedimientos...). Toda la información recibida es revisada para confirmar la validez de las respuestas aportadas por los centros, por lo que el efecto limitante que podría suponer las respuestas recogidas a través de un cuestionario se encuentra mitigado. En el caso de no enviar la documentación que justifique el cumplimiento del indicador o que la documentación aportada no cumpla los requisitos exigidos no se dará por cumplido dicho indicador.



B. POBLACIÓN DE ESTUDIO

En 2020, la red de centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) está formada por:

- 49 centros hospitalarios y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES). De los centros hospitalarios, 14 son hospitales de alta resolución (HAR) y dependen de sus agencias sanitarias.
- 26 distritos de atención primaria.

16 centros hospitalarios y 15 distritos de atención primaria están integrados en áreas de gestión sanitaria, es decir, la gerencia es única para atención primaria y hospitalaria.

C. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos mediante resúmenes numéricos que incluyen medidas de frecuencia absoluta y relativa.

Se ha solicitado a todos los centros hospitalarios y distritos de atención primaria autorización para la publicación de resultados de forma agregada y anonimizada con el fin de generar conocimiento científico y difundir recomendaciones para la mejora continua.

En este documento se presenta un resumen de los datos aportados por los centros de la actividad realizada durante el año 2020.





(3)

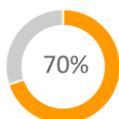
RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Participación

Han contestado el cuestionario los 50 hospitales de Andalucía.

Seguridad en la organización

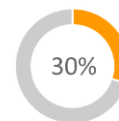
Comisión de seguridad



El 86% (N=43) de los hospitales afirman disponer de una Comisión operativa de seguridad del paciente con una estructura, organización y funciones definidas. El 70% (N=35) aportan el reglamento interno de la comisión, aunque tan sólo el 40% (N=20) lo han actualizados en los últimos 5 años.

El 64% (N=32) de los centros hospitalarios desarrollaron o actualizaron un plan de seguridad del paciente en 2020 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales. El 30% (N=15) aportaron el plan.

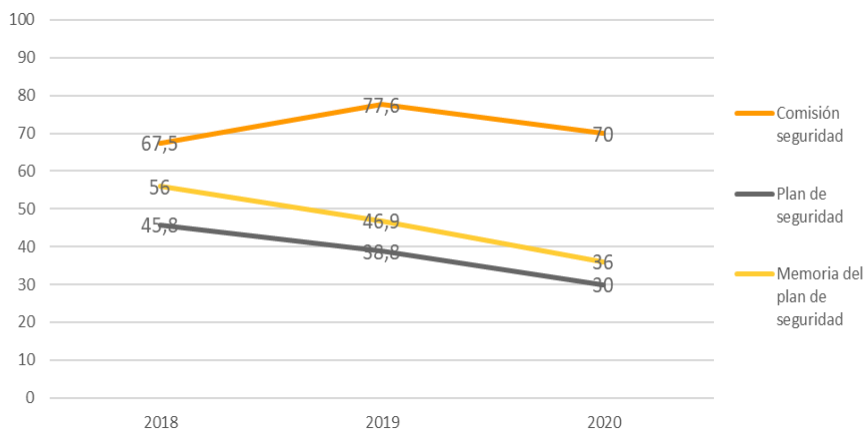
Plan de seguridad



Memoria anual del plan



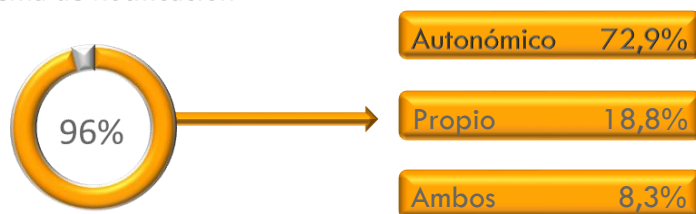
El 52% (N=26) afirman disponer de la memoria anual con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales. El 36% (N=18) de los centros aportaron el documento con la memoria.



Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

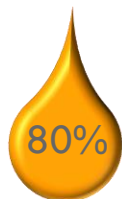
El 96% (N=48) de los centros hospitalarios contaron con un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades. El 72,9% utiliza el sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 18,8% un sistema de notificación propio y el 8,3% ambos.

Sistema de notificación



El 80% (N=40) de los hospitales 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. 29 centros aportaron alguna documentación para justificar la actividad de la comisión, aunque tan sólo 11 (22%) enviaron la memoria anual de 2020 que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes.

Comisión gestión de riesgos



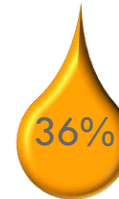
Memoria comisión



Plan para abordaje de EAG

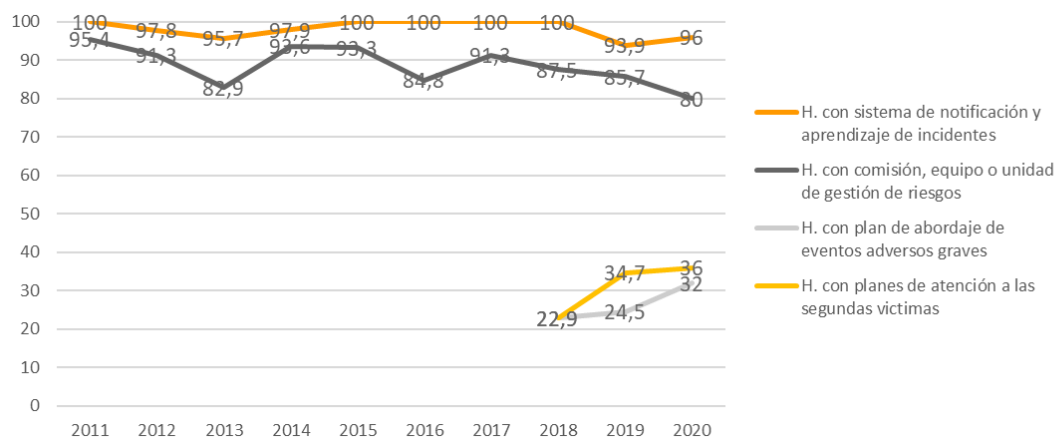


Plan actuación para segundas víctimas



El 77,1% (N=37) afirmaron disponer 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 pero que no abordan la gestión de eventos adversos graves. El 32% (N=16) aportaron procedimientos para la gestión de eventos adversos graves o eventos centinela, aunque realmente el 24% (N=12) tienen procedimientos actualizados en los últimos 5 años.

El 42% (N=21) de los hospitales 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). El 36% (N=18) aportan el plan de actuación, aunque el porcentaje de centros con dicho plan actualizado baja al 26% (N=13).



Nota: Como se indica en la introducción, algunos indicadores se recogieron por primera vez en 2018

Implicación activa de pacientes y ciudadanía

Plan de acogida



El 70% (N=35) de los centros hospitalarios dispusieron de un plan de acogida para los pacientes ingresados que incluía aspectos específicos relacionados con su seguridad. El 50% (N=25) aportaron algún documento que lo avalara, pero sólo el 16% (N=8) había revisado el documento después de 2016.

Formación a pacientes

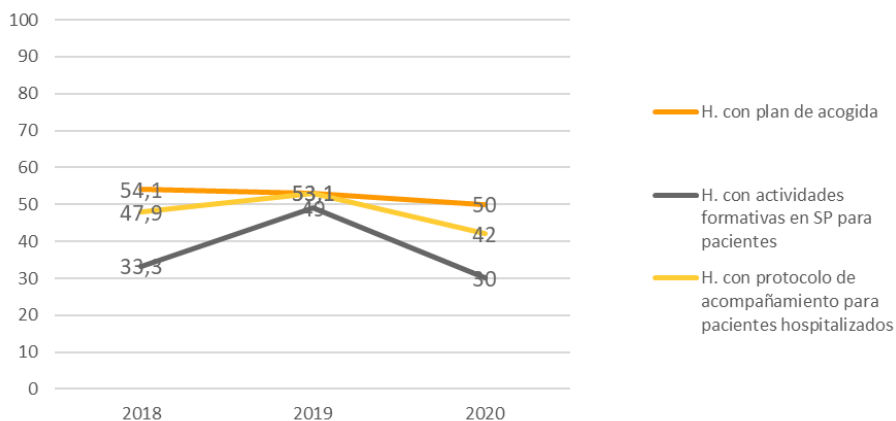
El 30% (N=15) de los hospitales han afirmado haber realizado alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad de la paciente realizada durante el 2020.



Protocolo acompañamiento



El 60% (N=30) de los centros 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...). El 42% (N=21) aportaron el protocolo correspondiente, aunque sólo el 32% (N=16) se ha actualizado en los últimos 5 años.

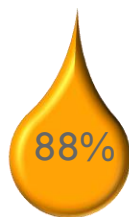


Identificación inequívoca de pacientes

El 96% (N=48) de los centros hospitalarios afirman disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes. El 88% (N=44) aportan un documento con el procedimiento, aunque tan sólo el 46% (N=23) de los procedimientos se han revisado en los últimos 5 años.

El 70% de los centros afirma disponer de un documento o protocolo que establezca 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). El 36% (N=18) aportaron el procedimiento de identificación específico, aunque en la mayoría de los casos se trata de un procedimiento de identificación del paciente en el que se abordan los procedimientos de riesgo. El 28% (N=14) han actualizado los procedimientos en los últimos 5 años.

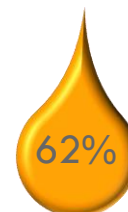
Procedimiento identificación
inequívoca del paciente



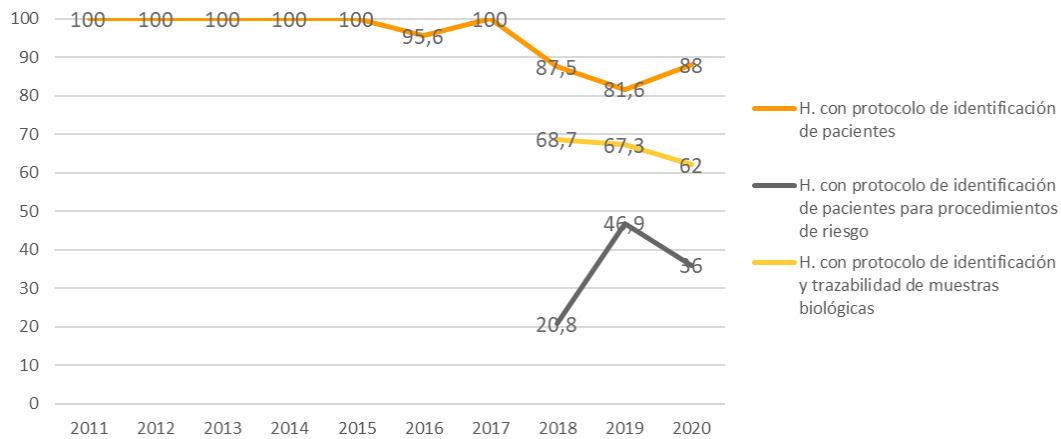
Protocolo identificación del
paciente en procedimientos de
riesgo



Protocolo identificación y
trazabilidad de muestras
biológicas



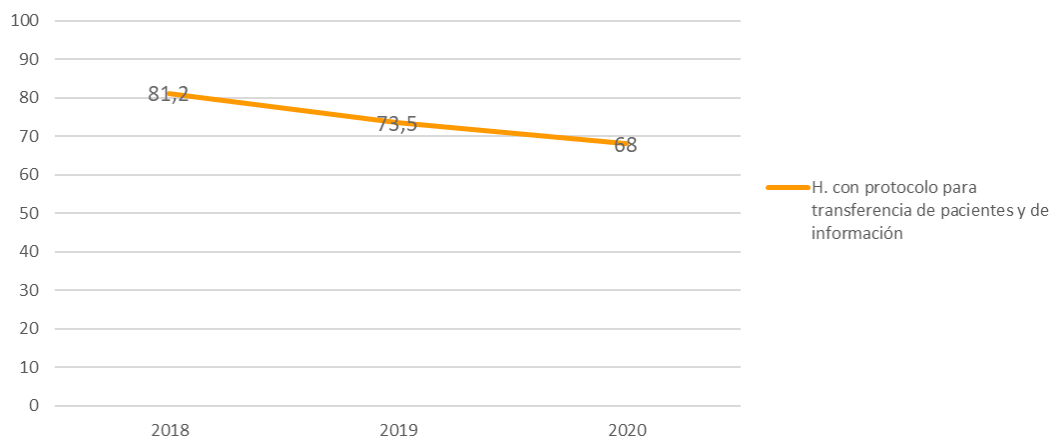
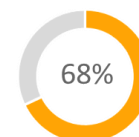
El 82% (N=41) de los centros hospitalarios afirman disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas. El 62% (N=31) aporta dicho documento, aunque sólo el 50% (N=25) lo han revisado en los últimos 5 años.



Transferencia segura para el paciente

El 90% de los hospitales (N=45) afirman disponer de un documento o protocolo que establezca 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. El 68% (N=34) aportaron algún documento relacionado, mientras que el porcentaje de centros que disponen de un documento actualizado después de 2016 es del 48% (N=24).

Transferencia segura



Higiene de manos

El 98,4% de las camas de cuidados intensivos hospitalarias (N=1074) 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 97,5% de las camas hospitalarias (N=13.487) 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. Los 49 hospitales han aportado información de su centro.

Camas de UCI con PBA

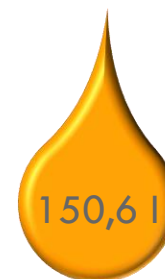


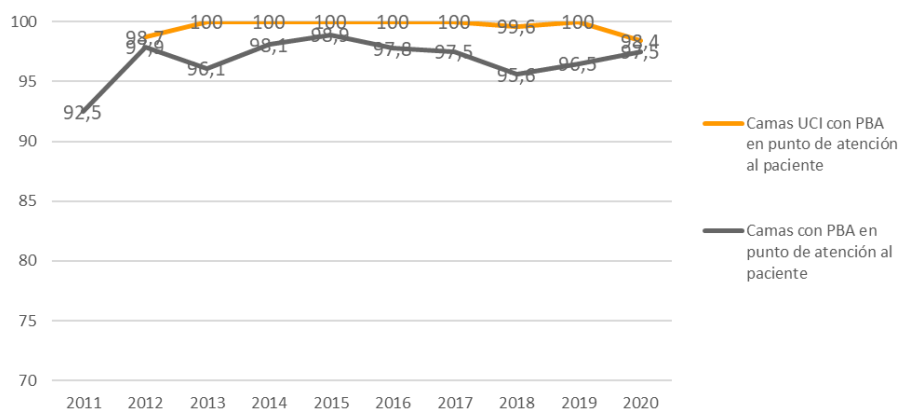
Camas hospitalarias con PBA



El consumo medio de productos de base alcohólica en hospitalización aportado por los centros es de 150,6 litros por 1000 estancias, aunque el consumo real es superior al dato aportado, ya que en los momentos más críticos de la pandemia los centros han recibido PBA que no se han registrado (donaciones, fabricación propia...). Los datos aportados corresponden a 46 hospitales. En 21 hospitales utilizaron formato líquido, en 4 en gel y en 22 utilizaron ambos formatos. Este indicador ha estado influenciado por la pandemia COVID vivida durante el año 2020, por lo que su valor es superior al de años anteriores.

Litros de PBA por 1000 estancias



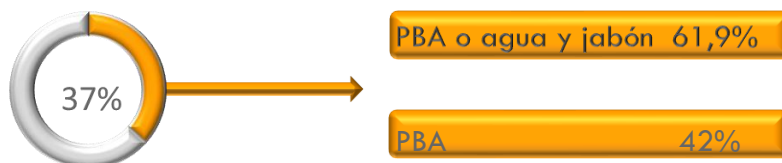


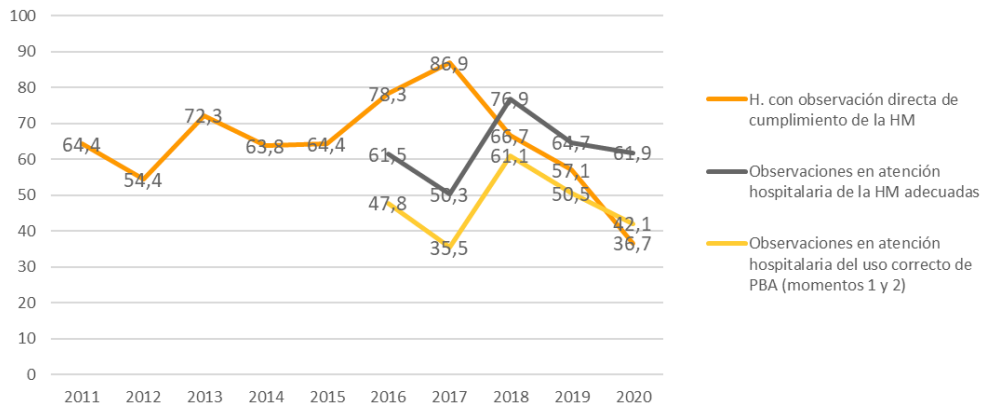
El 36,7% (N=18) de los hospitales realizaron un mínimo de 30 observaciones por unidad (servicio), en al menos el 50% de estas, de los momentos 1 y 2 siguiendo la metodología establecida por la Organización Mundial de la Salud en su manual técnico de referencia.

El 61,9% 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 18 hospitales.

El 42% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 18 hospitales.

Observación de la HM



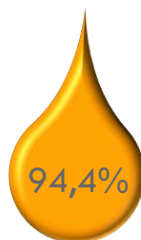


Seguridad en el proceso quirúrgico

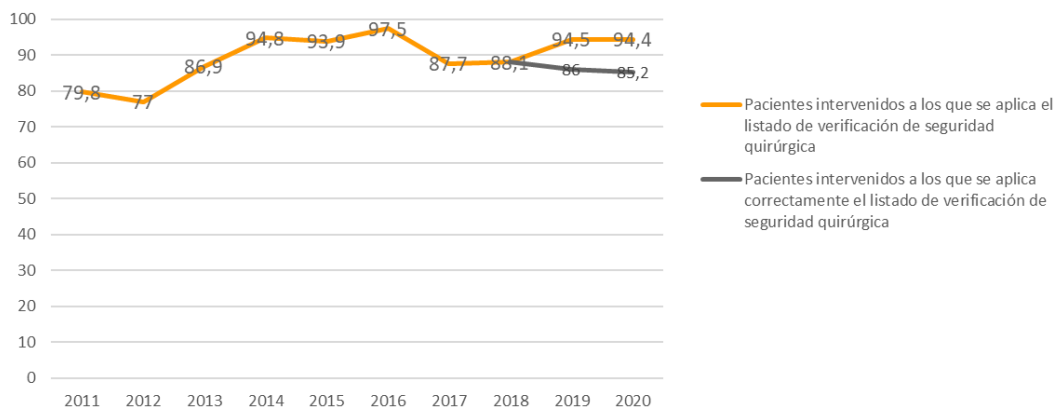
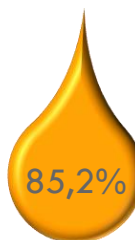
El porcentaje medio de pacientes intervenidos de cirugía programada no urgente en hospitales a los que se les aplicó el listado de verificación de seguridad quirúrgica fue de 94,4% (DE: 8,8). El número total de pacientes intervenidos es de 324.064. Han aportado información 48 de los hospitales.

Sin embargo, el porcentaje medio de casos a los que se les aplicó el listado de verificación de seguridad quirúrgica correctamente en el momento adecuado, por la persona adecuada y de la forma adecuada fue del 85,2% (DE: 24,9). 46 centros aportaron datos.

Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica



Pacientes intervenidos a los que se aplica correctamente el listado de verificación de seguridad quirúrgica



Uso seguro del medicamento

Protocolo manejo
MAR



El 48% (N=24) de los centros hospitalarios afirman disponer de un protocolo actualizado para el manejo de todos (o de algún) medicamentos de alto riesgo (MAR). El 28% (N=14) aportaron un documento relacionado, aunque el porcentaje de protocolos actualizados es del 22% (N=11).

El 46% (N=23) de los hospitales informaron que disponían de un documento que establece los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados. Tan sólo el 8,2% (N=4) aportan un documento que lo acredite y el 4,1% (N=2) lo han revisado en los últimos 5 años.

Protocolo mejora SP
en pacientes crónicos
polimedicados



Protocolo conciliación
medicación al alta

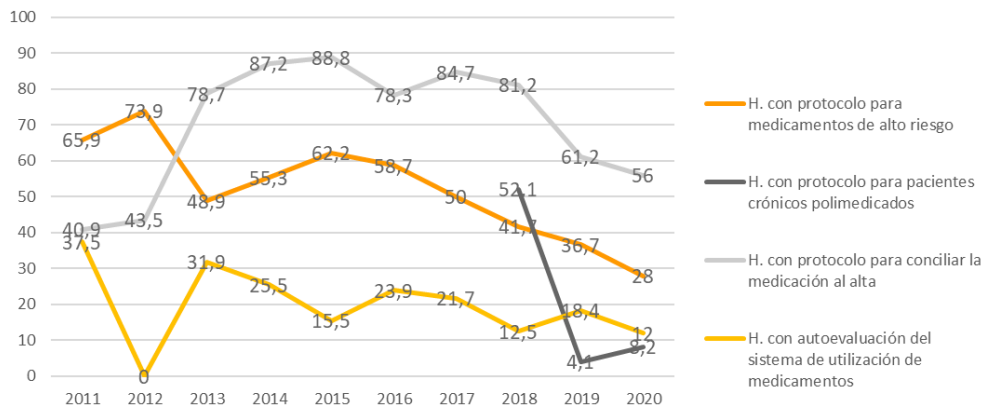


El 74% (N=37) de los centros declararon disponer de un documento o protocolo que estableciera los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta. El 56% (N=28) aportó la documentación correspondiente, pero tan sólo el 26% (N=13) han enviado un documento actualizado después de 2016.

El 12% (N=6) de los hospitales 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.

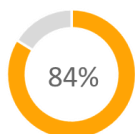
Autoevaluación del
sistema de utilización de
medicamentos





Asistencia directa al paciente

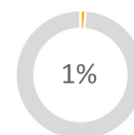
Planes de cuidados



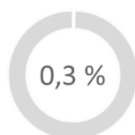
El 83,8% de los pacientes con ingreso superior a las 72 horas fueron dados de alta con planes de cuidados realizados en las primeras 48 horas. El número de pacientes con ingreso superior a 72 horas fue de 314.030 y el número de pacientes dados de alta con planes de cuidados realizados en las primeras 48 horas fue de 263.211. Los datos corresponden a 46 hospitales.

El 1,29% de los pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron durante su estancia una úlcera por presión. El número de pacientes con ingreso superior a 48 horas fue de 353.965 y el número de pacientes que desarrollan una úlcera por presión de 4.577. Han aportado datos 44 hospitales.

Úlceras por presión



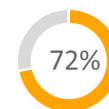
Caídas

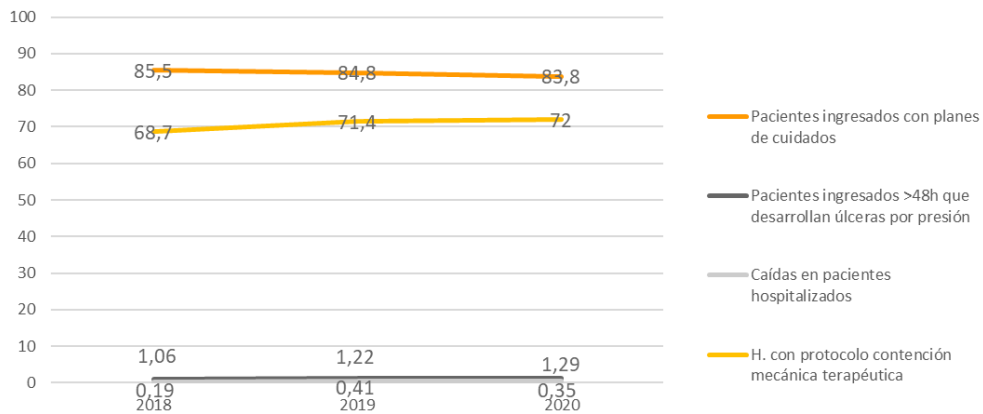


El 0,35% de pacientes hospitalizados sufrió una caída durante su estancia. El número de pacientes hospitalizados fue de 494.047 y el número de caídas registradas 1.729. Han aportado información 47 hospitales.

El 86% (N=43) de los hospitales 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. El 72% (N=36) aportaron el documento, aunque tan sólo el 44% (N=22) se han revisado en los últimos 5 años. Muchos centros utilizan el protocolo de contención mecánica realizado por el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, sin realizar una adaptación a su centro de trabajo.

Protocolo contención mecánica



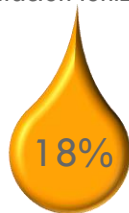


Uso seguro de radiaciones ionizantes

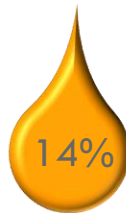
Solo en el 18% (N=9) de los 50 hospitales que disponen de unidad o servicio de pediatría algún profesional de la unidad recibió en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

11 hospitales han afirmado haber realizado un mapa de riesgos de los procesos en radioterapia y/o medicina nuclear en los últimos cinco años, actualizándolo en el caso de incorporación de nuevas tecnologías y/o dispositivos. Aunque solo el 14% (N=7) han presentado el mapa de riesgo y el 8% (N=4) han enviado un documento actualizado en los últimos 5 años.

Servicios de pediatría con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante



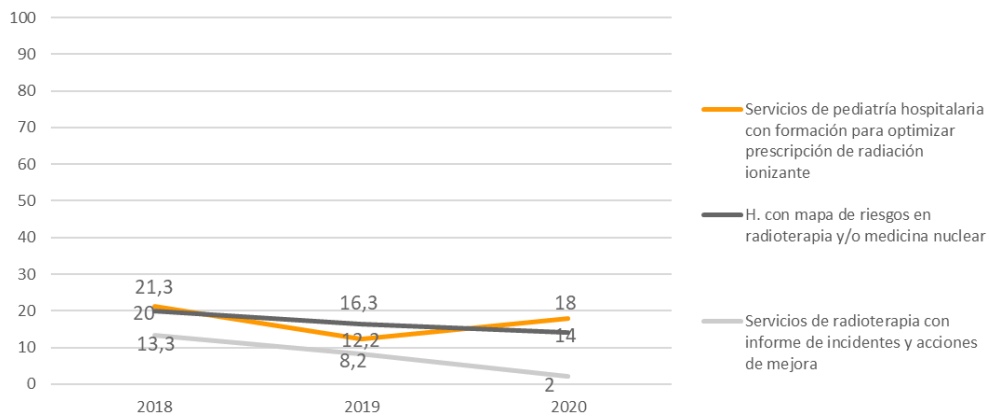
Mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear



Mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear



Solo el 12% (N=6) de los hospitales declararon disponer de 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. Tan sólo un centro (2%) ha enviado el documento que lo acredita.





Principales conclusiones:

- Los centros hospitalarios han obtenido los mejores resultados en los siguientes indicadores:
 - Disposición de un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes (96%).
 - Disposición de una comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos (80%).
 - Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica (94,4%).
 - Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente (98,4%).
 - Camas con PBA en punto de atención al paciente (97,5%).
 - Pacientes ingresados con planes de cuidados (83,8%).
- Por otro lado, los indicadores con mayor margen de mejora están relacionados con el uso seguro del medicamento y de las radiaciones ionizantes:
 - Disposición de protocolo para medicamentos de alto riesgo (28%).
 - Disposición de protocolo para pacientes crónicos polimedcados (8,2%).
 - Autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos (12%).
 - Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante (18%).
 - Realización de mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear (14%).
 - Servicios de radioterapia con informe de incidentes y acciones de mejora (2%).



Es importante mantener actualizados los procedimientos y protocolos utilizados en los centros sanitarios, revisándolos al menos cada 5 años.



Es necesario adjuntar la documentación con los requerimientos solicitados que justifican el cumplimiento de los indicadores.



(4)

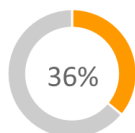
RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Participación

En atención primaria, han cumplimentado el cuestionario 25 de los 26 distritos de atención primaria (DAP) y de las áreas de gestión sanitaria (AGS).

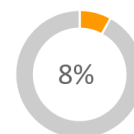
Seguridad en la organización

Comisión de seguridad



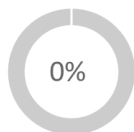
El 76% (N=19) de los DAP/AGS han afirmado disponer de una comisión operativa de seguridad del paciente con estructura, organización y funciones definidas. El 36% (N=9) aportan el reglamento o norma que lo avala, aunque 1 de los documentos no se ha actualizado en los últimos 5 años.

Plan de seguridad

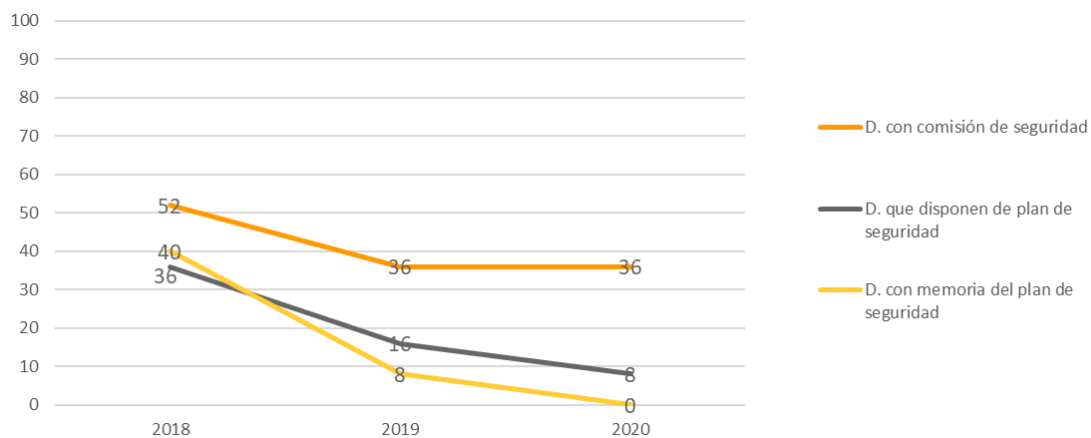


El 52% (N=13) de DAP/AGS declararon disponer en 2020 de un plan de seguridad con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales, aunque tan sólo el 8% (N=2) aportaron el plan.

Memoria anual del plan



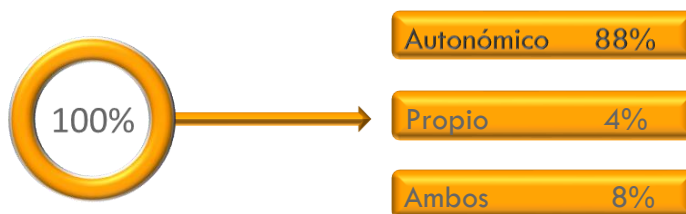
El 24% (N=6) afirmaron haber realizado la memoria anual con el desarrollo del plan de seguridad que describía las acciones durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales, aunque ningún distrito envió la memoria que lo acredita.



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 88% (N=22) utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 4% (N=1) un sistema de notificación propio y el 8% ambos.

Sistema de notificación

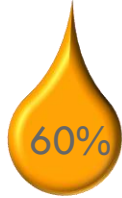


El 60% (N=15) de los DAP/AGS dispusieron de una comisión, equipo o unidad operativa para la gestión de los riesgos o incidentes de seguridad ocurridos en su centro con miembros, funciones y actividades definidas.

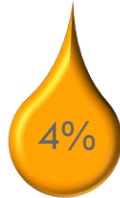
El 40% (N=6) afirman tener la memoria anual que describía la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2020, aunque tan sólo 1 AGS (4%) envía un documento que lo acredita.

El 58,3% (N=14) dispusieron de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el abordaje y gestión de eventos adversos graves. El 28% (N=7) aportaron dicho plan, aunque el 20% (N=5) lo han actualizado en los últimos 5 años.

Comisión gestión de riesgos



Memoria comisión



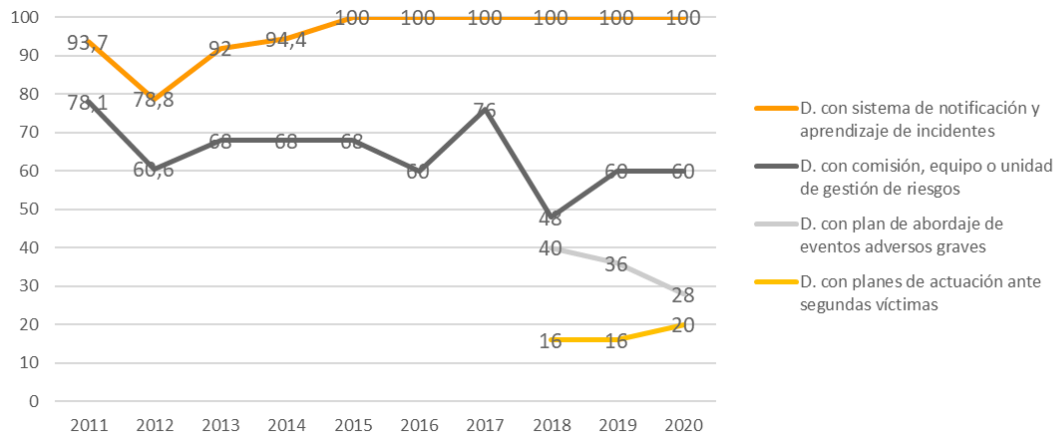
Plan para abordaje de EAG



Plan actuación para segundas víctimas



Solo el 32% (N=8) de los DAP/AGS afirmaron disponer de un 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). El 20% (N=5) enviaron el plan de actuación, aunque 1 se revisó antes de 2016.

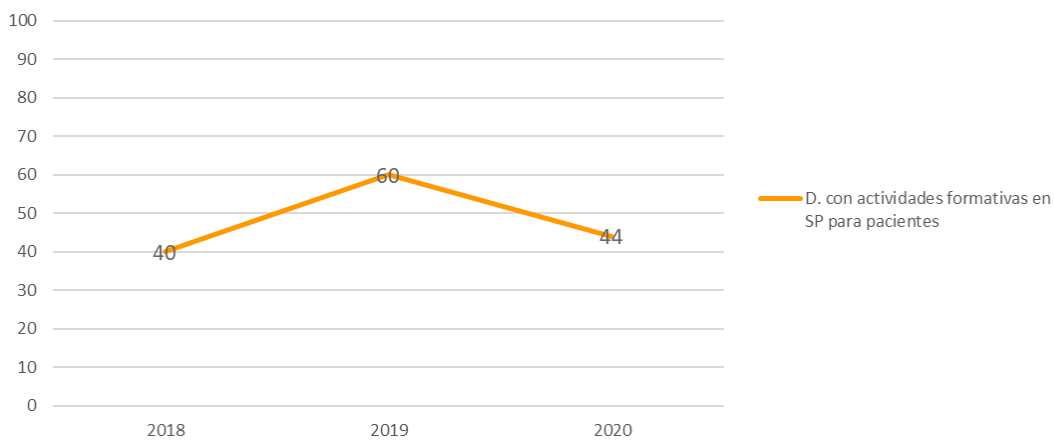


Implicación activa de pacientes y ciudadanía

Plan de acogida



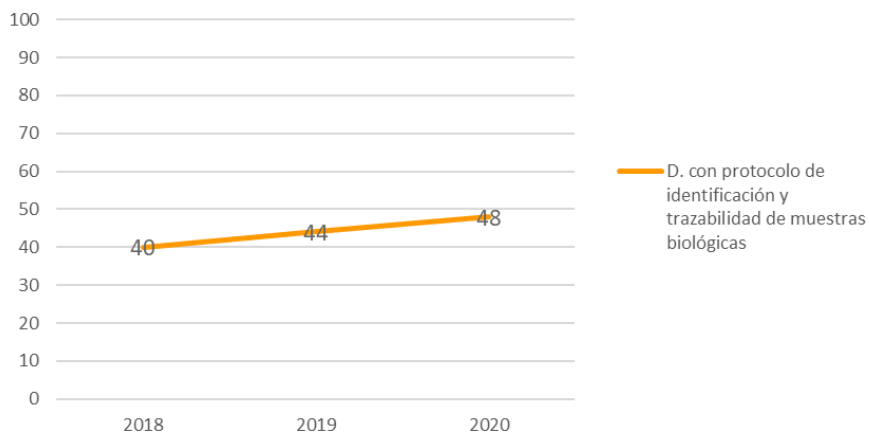
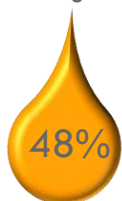
El 44% (N=11) han descrito alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad de la paciente realizada durante el 2020.



Identificación inequívoca del paciente

El 76% (N=19) de los DAP/AGS declararon disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas. El 48% (N=12) aportaron dicho plan, aunque tan sólo el 36% (N=9) presentó un plan actualizado en los últimos 5 años.

Protocolo identificación y trazabilidad de muestras biológicas



Higiene de manos

El consumo medio de productos de base alcohólica en atención primaria es de 21,9 litros por cada 10.000 consultas. El número de consultas asciende a 50.600.929 y el número de litros de PBA a 110.930. El consumo real es superior al dato aportado, ya que en los momentos más críticos de la pandemia los centros han recibido PBA que no se han registrado (donaciones, fabricación propia...). Los datos aportados corresponden a 23 distritos o áreas de atención primaria. La mayoría han utilizado formato líquido (N=14), 3 centros de atención primaria utilizan PBA en gel y en 8 utilizan ambos formatos.

Este indicador ha estado influenciado por la pandemia COVID vivida durante el año 2020, por lo que su valor es superior al de años anteriores.

2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos, pero no envían número de observaciones ni número de acciones.

Litros de PBA por
10.000 consultas



Uso seguro del medicamento

Protocolo manejo

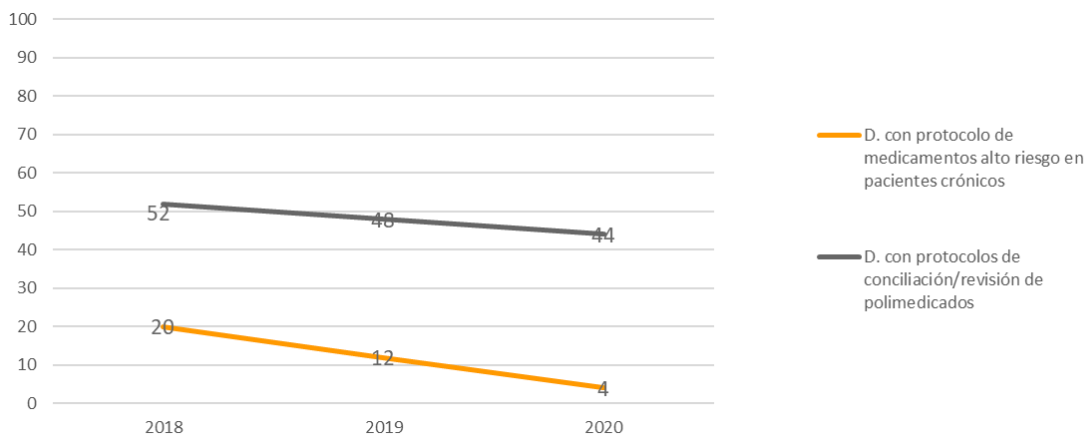
MARC



El 48% (N=12) de los DAP/AGS afirman disponer de un protocolo actualizado en 2020 para el manejo de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC), pero tan sólo el 4% (N=1) aportaron el documento.

Protocolo conciliación
medicación al alta

El 80% (N=20) declararon disponer de un documento que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la conciliación/revisión/adequación de la medicación en pacientes polimedcados y/o pluripatológicos. El 44% (N=11) enviaron el procedimiento con la información requerida, aunque el porcentaje de documentos revisados en los últimos 5 años disminuye al 20% (N=5).

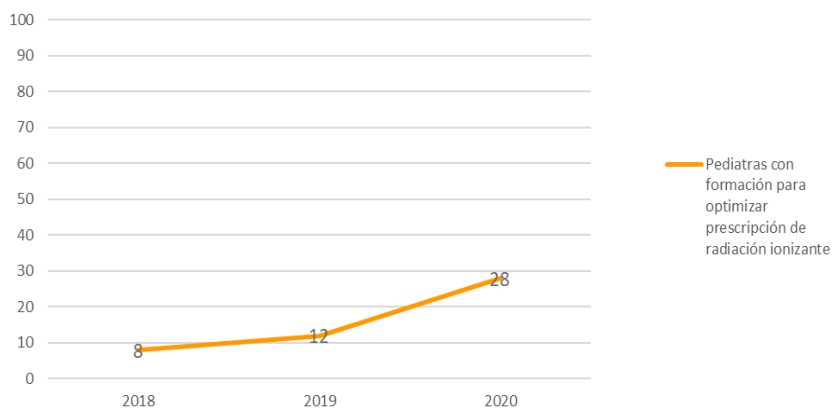


Uso seguro de radiaciones ionizantes

Pediatras con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante



El 28% (N=7) de los distritos afirman que algún pediatra recibió en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.





Principales conclusiones:

- Los distritos de atención primaria han obtenido los mejores resultados en los siguientes indicadores:
 - Disposición de un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes (100%).
 - D. con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos (60%).
 - Disposición de protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas (48%).
- Por otro lado, los indicadores con mayor margen de mejora son:
 - Disposición de plan de seguridad (8%).
 - Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas (0%).
 - Disposición de protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos (4%).



Es importante mantener actualizados los procedimientos y protocolos utilizados en los centros sanitarios, revisándolos al menos cada 5 años.



Es necesario adjuntar la documentación con los requerimientos solicitados que justifican el cumplimiento de los indicadores.



(5)

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2020

Seguridad en la organización

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con comisión de seguridad *								67,5	77,6	70,0
D. con comisión de seguridad *								52,0	36,0	36,0
H. que disponen de plan de seguridad *								45,8	38,8	30,0
D. que disponen de plan de seguridad *								36,0	16,0	8,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos



Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	100	97,8	95,7	97,9	100	100	100	100	93,9	96,0
D. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	93,7	78,8	92	94,4	100	100	100	100	100	100
H. 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	85,7	80,0
D. con comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos	78,1	60,6	68	68	68	60	76	48,0	60,0	60,0
H. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								22,9	24,5	32,0
D. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								40	36,0	28,0
H. con planes de atención a las segundas víctimas *								22,9	34,7	36,0
D. con planes de actuación ante segundas víctimas *								16,0	16,0	20,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos



Implicación activa del paciente y ciudadanía

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con plan de acogida *								54,1	53,1	50,0
H. con actividades formativas en SP para pacientes *								33,3	49,0	30,0
D. con actividades formativas en SP para pacientes *								40,0	60,0	44,0
H. con protocolo de acompañamiento para pacientes hospitalizados *								47,9	53,1	42,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

Identificación inequívoca de pacientes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con protocolo de identificación de pacientes	100	100	100	100	100	95,6	100	87,5	81,6	88,0
H. con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo *								20,8	46,9	36,0
H. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								68,7	67,3	62,0
D. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								40,0	44,0	48,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

Transferencia segura para el paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con protocolo para transferencia de pacientes y de información *								81,2	73,5	68,0

H.: Hospitales



Higiene de manos (HM)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente	NS	98,7	100	100	100	100	100	99,6	100	98,4
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	96,5	97,5
H. con observación directa de cumplimiento de la HM	64,4	54,4	72,3	63,8	64,4	78,3	86,9	66,7	57,1	36,7
Observaciones en atención hospitalaria de la HM adecuadas						61,5	50,3	76,9	64,7	61,9
Observaciones en atención hospitalaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2)						47,8	35,5	61,1	50,5	42,1
D. con observación directa de cumplimiento de la HM *								12,0	ND	ND
Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas *								12,4	ND	ND
Observaciones en atención primaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) *								66,0	ND	ND
Consumo de PBA en hospitalización ¹	19,3	20,4	21,7	18,9	25,6	32,6	32,7	38,0	46,7	150,6
Consumo de PBA en atención primaria ²	20,2	14,8	13,7	15,4	15,7	18,4	23,0	25,8	4,4	21,9

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

ND: Datos no disponibles. 2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos, pero no envían número de observaciones ni número de acciones.

¹ litros por 1.000 estancias² litros por 10.000 consultas

Seguridad en el proceso quirúrgico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pacientes intervenidos a los que se aplica el listado de verificación de seguridad quirúrgica	79,8	77	86,9	94,8	93,9	97,5	87,7	88,1	94,4	94,4

H.: Hospitales

Uso seguro del medicamento

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
H. con protocolo para medicamentos de alto riesgo	65,9	73,9	48,9	55,3	62,2	58,7	50,0	41,7	36,7	28,0
D. con protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos *								20,0	12,0	4,0
H. con protocolo para pacientes crónicos polimedicados *								52,1	4,1	8,2
H. con protocolo para conciliar la medicación al alta	40,9	43,5	78,7	87,2	88,8	78,3	84,7	81,2	61,2	56,0
D. con protocolos de conciliación/revisión de polimedicados *								52,0	48,0	44,0
H. con autoevaluación del sistema de utilización de medicamentos	37,5	NS	31,9	25,5	15,5	23,9	21,7	12,5	18,4	12,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

Asistencia directa al paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Pacientes ingresados con planes de cuidados *								85,5	84,8	83,8
Pacientes ingresados >48h que desarrollan úlceras por presión *								1,06	1,22	1,29
Caídas en pacientes hospitalizados *								0,19	0,41	0,35
H. con protocolo contención mecánica terapéutica *								68,7	71,4	72,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos

Uso seguro de radiaciones ionizantes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante *								21,3	12,2	18,0
H. con mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear *								20,0	16,3	14,0
Servicios de radioterapia con informe de incidentes y acciones de mejora *								13,3	8,2	2,0

* Indicador recogido por primera vez en 2018

H.: Hospitales

D.: Distritos



(6)

ANEXO 1. Cuestionario Atención Hospitalaria

Indicadores para la Seguridad del Paciente. Año 2020. Atención hospitalaria

Tras la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se han definido con el consenso de las comunidades autónomas y las sociedades científicas los indicadores con los que se evaluará el grado de desarrollo de la Estrategia de Seguridad a nivel nacional. Estos indicadores evalúan las principales líneas estratégicas.

Con el objeto de extraer la información necesaria, se plantean una serie de preguntas que permitirán establecer estos indicadores para Andalucía, así como detectar, comprender, analizar y evaluar estos y otros aspectos relacionados con la seguridad con vistas a plantear acciones de mejora para la Estrategia del Sistema Sanitaria Público de Andalucía (ESSPA).

Asimismo también se les solicitará que, en el caso de que se dispongan, adjunten los documentos por los que se les preguntan a fin de analizarlos y que faciliten el desarrollo e implantación de actuaciones y planes o procedimientos corporativos. Puede verse la relación de documentos en el anexo 1.

Los datos aportados deben corresponder al **año 2020**.



Datos básicos

Provincia

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Almería | <input type="checkbox"/> Cádiz | <input type="checkbox"/> Córdoba | <input type="checkbox"/> Granada |
| <input type="checkbox"/> Huelva | <input type="checkbox"/> Jaén | <input type="checkbox"/> Málaga | <input type="checkbox"/> Sevilla |

Nombre del centro hospitalario

Datos de la persona que cumplimenta el cuestionario:

- Nombre y apellidos
- Cargo
- Correo electrónico
- Teléfono de contacto

Seguridad en la organización

1. ¿Disponía su HOSPITAL en 2020 de una **Comisión operativa de seguridad del paciente** con una estructura, organización y funciones definidas?

- Sí (adjuntar el reglamento interno de la comisión) No

1.1. En el caso de NO disponer de una comisión operativa de seguridad del paciente, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)



2. ¿Disponía su HOSPITAL en el año 2020 de un **plan de seguridad del paciente vigente** con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales?

Sí (adjuntar el plan) No

- 2.1. En el caso de NO disponer de un plan de seguridad del paciente, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

3. ¿Disponía su HOSPITAL de alguna **memoria anual del desarrollo del plan de seguridad** que describa las acciones durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales?

Sí (adjuntar la memoria) No

- 3.1. En caso de NO disponer de una memoria, describa brevemente la composición de la comisión, los objetivos planteados y las actividades realizadas para el 2020

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

4. ¿Disponía su HOSPITAL en el año 2020 de algún **sistema de notificación y aprendizaje** de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades?

- i** El sistema de notificación debe permitir la comunicación y el registro de cualquier tipo de incidente que afecte a la seguridad de los pacientes ocurrido en el centro (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local. Se excluyen los sistemas de notificación específicos de una especialidad o de un aspecto determinado (errores de medicación, reacciones adversas, hemovigilancia, quimioterápicos, úlceras, anestesia...).

Sí No

- 4.1. En caso de **SI** disponer de sistema de notificación, especifique el sistema utilizado:



- Sistema de gestión de incidentes de seguridad de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía (gestionado por el Observatorio para la Seguridad del Paciente)
- Sistema propio
- Ambos

4.2. En el caso de **NO** disponer de sistema de notificación, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

5. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de una **comisión, equipo o unidad operativa** que asumiera las funciones de **gestionar los riesgos** o incidentes de seguridad ocurridos en su centro?

I Se considera **operativa** si tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades y cuenta con unos objetivos anuales.

- Sí No

5.1. En el caso de **NO** disponer de comisión operativa, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

6. En caso de SI disponer de comisión operativa, ¿disponen de alguna **memoria** que describa la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2020?

- Sí (adjuntar la memoria) No

6.1. En caso de **NO** disponer de una memoria, describa brevemente la composición de la comisión, los objetivos planteados y las actividades realizadas durante el año 2020.

7. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de algún plan que establezca los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**?

- Sí (adjuntar el plan) No



- 7.1. En el caso de **NO** disponer de plan normalizado, describa brevemente cómo se realiza en su HOSPITAL la gestión de los incidentes graves: quién recibe las notificaciones, quién realiza el análisis, qué tipo de herramientas utilizan para el análisis y cómo se comunican a los profesionales las acciones de mejora propuestas.
8. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de algún plan de actuación para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (**atención a las segundas víctimas**)?
- Sí (adjuntar el plan) No
- 8.1. En el caso de **NO** disponer de plan, describa como se realiza la atención a los profesionales involucrados en un evento adverso en su centro

Identificación inequívoca de pacientes

9. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes**?
- Sí (adjuntar el documento) No
10. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo**?
- Se denomina procedimientos de riesgo a los procedimientos invasivos y pruebas diagnósticas
- Sí (adjuntar el documento) No

11. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas**?

- Sí (adjuntar el documento) No

Transferencia segura para el paciente

12. ¿Dispuso su HOSPITAL en el 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la adecuada **transferencia de la información y de los pacientes**?

- i** El procedimiento debe contemplar 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.

- Sí (adjuntar el procedimiento) No

Higiene de las manos

13. Sobre las **camas de cuidados intensivos disponibles** en su HOSPITAL en 2020, indique;

13.1. Número total de camas de cuidados intensivos, incluyendo las de pediatría y neonatal

(Número entero)

13.2. Número de camas de cuidados intensivos con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en el **punto de atención al paciente**, incluyendo las de pediatría y neonatal

(Número entero)

- i** El **punto de atención de atención al paciente**, incluye la disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación



o en un punto que requiera que el profesional se desplace. El punto de atención es el lugar donde coinciden los tres elementos juntos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el paciente. La zona del paciente es el lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente, todas las superficies y objetos inanimados que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc)

14. Sobre las **camas disponibles** en su HOSPITAL en 2020, indique;

14.1. Número total de camas, incluyendo las camas de los servicios de urgencias y excluyendo las de los servicios de psiquiatría y unidad de cuidados intensivos

(Número entero)

14.2. Número de camas con 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

(Número entero)

- El **punto de atención de atención al paciente**, incluye la disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace.

15. Para calcular el **consumo de productos de base alcohólica** de su HOSPITAL en 2020, indique;

15.1. Número de **pacientes-día**[■] que permanecieron ingresados en su HOSPITAL durante el año 2020.

- El nº de pacientes día se refiere a la suma de los pacientes ingresados diariamente durante el 2020, es decir, el número total de estancias hospitalarias del año 2020. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como 1. Para el cómputo del nº de pacientes-días se tendrán en cuenta los pacientes ingresados en todos los servicios, incluido pediatría y se excluirán a los pacientes atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos, donde el paciente no permanece ingresado.

(Número entero)



15.2. Número de **litros que fueron entregados** durante el 2020 en su HOSPITAL a los distintos servicios del hospital (**sólo las unidades y plantas de hospitalización**), incluyendo el servicio de pediatría y excluyendo consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos,...donde el paciente no permanece ingresado .

En algunos casos será necesario realizar un cálculo en función de los ml de envases dispensados.

(Número entero)

15.3. Esta pregunta tiene 2 partes, por favor, responda a las dos:

A. Incluya qué unidades se han evaluado en su hospital.

B. Especifique el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma).

16. ¿Realizó su HOSPITAL en 2020 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?

Momento 1: Antes de tocar al paciente. Momento 2: Antes de realizar un procedimiento limpio/aséptico.

Si

No

16.1. En caso negativo, ¿podría indicarnos alguna razón? (ej: no se realizaron 30 observaciones por servicio, no se realizaron en el menos el 50% de los servicios, no se realizó solo en los momentos 1 y 2, no se siguió la metodología de la OMS...) (**Opcional**)

16.2. En caso afirmativo, describa:

16.2.1. Porcentaje de unidades (servicios) donde se realizaron

16.2.2. Número total de oportunidades para la HM observadas para los momentos 1 y 2.



- 16.2.3.** Número total de acciones de HM realizadas con PBA o con agua y jabón correctamente para los momentos 1 y 2.
- 16.2.4.** Número total de acciones de HM realizadas correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.

Seguridad en el proceso quirúrgico

17. Sobre los pacientes intervenidos de **cirugía programada no urgente** durante el 2020 en su HOSPITAL, indique:

17.1. Número total de pacientes intervenidos

(Número entero)

17.2. Porcentaje de pacientes intervenidos **a los que se les aplicó** el listado de verificación de seguridad quirúrgica

(Porcentaje)

17.3. Porcentaje de pacientes intervenidos en los que se **cumplimentó correctamente** el listado de verificación de seguridad quirúrgica

(Porcentaje)

- Se considera **cumplimentación correcta** cuando se realiza la cumplimentación por parte del equipo quirúrgico de las tres partes de las que consta el listado de verificación de seguridad quirúrgica y se realiza en el momento adecuado, por la persona adecuada y de la forma adecuada (LVSQ)

18. Especifique la metodología utilizada para la extracción de datos: registro específico o auditoría de historias, números de historias revisadas (tamaño de la muestra), extensión (todos los quirófanos o sólo algunas áreas), periodo de tiempo evaluado....



19. ¿Se detectaron incidencias gracias al uso del LVSQ? ¿podrían proporcionar un número aproximado de incidentes evitados gracias a la detección?

(Opcional)

Uso seguro del medicamento

20. ¿Dispuso su HOSPITAL de un **protocolo** actualizado en 2020 para el manejo de **TODOS** los **medicamentos de alto riesgo**?

El protocolo o documento debe contener fecha y responsable, listado de medicamentos de alto riesgo existentes en su centro, así como acciones desarrolladas (identificación clara de los MAR, limitación del número de presentaciones, almacenamiento de presentaciones similares en diferentes lugares, procedimientos de doble chequeo, centralización en la preparación de medicamentos intravenosos, estandarización de la prescripción, dosificación y seguimiento de concentración de soluciones, establecimiento de alertas de dosis máximas....).

Los medicamentos de alto riesgo son aquellos que tienen una probabilidad muy elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Se recomienda la utilización del listado de medicamentos de alto riesgo del Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP-España).

Si (adjuntar el protocolo actualizado durante el 2020)

No

20.1. En el caso de **NO** disponer del protocolo, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

21. ¿Dispusieron en su HOSPITAL en el año 2020 de un documento que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la **seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedcados**?

Se consideran pacientes polimedcados aquellos que tienen prescritos ≥ 6 medicamentos al día



Si (adjuntar el documento)

No

22. ¿Dispusieron en su HOSPITAL en el año 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para **conciliar la medicación al alta** ¹?

- ¹ El documento o protocolo debe incluir fecha, responsables, estrategia de implantación e indicadores de evaluación. Entre las acciones incluidas para la conciliación debe constar la elaboración de un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar, su entrega al paciente y su remisión al siguiente nivel asistencial.

Si (adjunta el protocolo de conciliación)

No

23. ¿Ha cumplimentado su HOSPITAL en el 2020 el **Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos** ¹ en hospitales con el fin de detectar puntos de riesgo y áreas de mejora destinadas a prevenir errores de medicación?

- ¹ El **Cuestionario de Autoevaluación de la Seguridad del Sistema de Utilización de los Medicamentos** en los Hospitales es una adaptación del *Medication Safety Self Assessment for Hospitals*, cuestionario registrado por el *Institute for Safe Medication Practices* que ha concedido la licencia para su uso y ha sido adaptado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Disponible en: <http://apps.ismp-espana.org/>

Si

No

23.1. En caso afirmativo, ¿podría indicarnos algunos puntos de riesgo y áreas de mejora identificados?

Asistencia directa al paciente

24. Sobre los pacientes con **ingreso superior a las 72 horas** en 2020, indique;

24.1. Número total de pacientes dados de alta

(Número entero)



24.2. Número de pacientes dados de alta **con planes de cuidados** realizados en las primeras 48 horas
(Número entero)

25. Sobre los pacientes con **ingreso superior a 48 horas***, indique;

■ Excluir unidades de bajo o nulo riesgo: pacientes pediátricos. Si incluir UCI pediátrica y UCI neonatos)

25.1. Número total de pacientes dados de alta ■
(Número entero)

25.2. Número total de pacientes que desarrollaron durante su estancia **una úlcera por presión** ■

■ Úlcera por presión se entiende por una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente, por lo general sobre prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos.

(Número entero)

26. Sobre los **pacientes hospitalizados** en 2020, indique;

26.1. Número de altas de hospitalización
(Número entero)

26.2. Número de pacientes que **sufren una caída** durante su hospitalización ■

■ Se incluyen todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital

(Número entero)

27. ¿Dispusieron en su HOSPITAL en el año 2020 de un protocolo que establezca 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?

- Sí (adjuntar el protocolo de contención mecánica terapéutica)
 No

Uso seguro de radiaciones ionizantes

28. ¿Recibió algún profesional de la unidad o servicio de pediatría de su HOSPITAL en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre **optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes**?

- Sí No

29. ¿Ha realizado su HOSPITAL un **mapa de riesgos de los procesos en radioterapia y/o medicina nuclear** en los últimos 5 años actualizándolo en el caso de incorporación de nuevas tecnologías y/o dispositivos?

- Sí (adjuntar el mapa de riesgos) No

30. ¿Ha elaborado su HOSPITAL en 2020 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?

- Sí (adjuntar el informe) No

Implicación activa del paciente y ciudadanía



31. ¿Disponía su HOSPITAL en 2020 de un **plan de acogida para los pacientes ingresados** que incluyera aspectos relacionados con su seguridad?

- Sí (adjuntar el plan de acogida) No

32. ¿Se realizó en su HOSPITAL en 2020 alguna **actividad formativa dirigida a pacientes** sobre aspectos de seguridad del paciente con registro de participantes y evaluación de la actividad?

- Sí No

32.1. Describa brevemente e el tipo de actividad/es realizada, cuantos participantes asistieron y cómo se evaluó la formación....

33. ¿Disponía su HOSPITAL en 2020 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...)?

- Sí (adjuntar el protocolo) No

Autorización y comentarios

34. Autorizo la publicación de estos datos de forma agregada y anonimizada con el fin de generar conocimiento científico y difundir recomendaciones para la mejora continua.

- Sí No



- 35.** Si desea realizar algún comentario, consideración o aclaración sobre el cuestionario o sobre la información requerida puede realizarlo a continuación indicando el apartado o pregunta al que hace referencia:

**Desde la Estrategia para la Seguridad del Paciente,
muchas gracias por su colaboración**

Documentación a aportar en atención hospitalaria

Seguridad en la Organización

- ✓ **Reglamento interno de la comisión de seguridad** del paciente que defina la estructura, funcionamiento y organización
- ✓ **Plan de seguridad del paciente** vigente con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales
- ✓ **Memoria anual sobre el desarrollo del plan de seguridad del paciente** que describa las acciones desplegadas durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión desarrollado para el conocimiento de todos los profesionales.



Gestión de riesgos

- ✓ **Manual de funcionamiento** del sistema de notificación y gestión de incidentes en el caso de disponer de sistema propio.
- ✓ **Memoria que describa la comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos**, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2020
- ✓ Plan que establezca los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**
- ✓ Plan de actuación 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

- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes**
- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo**
- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas**

Trasferencia segura de pacientes

- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **adecuada transferencia de la información y de los pacientes**

Uso seguro de la medicación



- ✓ Protocolo actualizado en 2020 para el manejo de TODOS los **medicamentos de alto riesgo**.
 - El protocolo o documento debe contener fecha y responsable, listado de medicamentos de alto riesgo existentes en su centro, así como acciones desarrolladas (identificación clara de los MAR, limitación del número de presentaciones, almacenamiento de presentaciones similares en diferentes lugares, procedimientos de doble chequeo, centralización en la preparación de medicamentos intravenosos, estandarización de la prescripción, dosificación y seguimiento de concentración de soluciones, establecimiento de alertas de dosis máximas....).
- ✓ Documento que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para mejorar la **seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados**. Se consideran pacientes polimedicados aquellos que tienen prescritos ≥ 6 medicamentos al día
- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para **conciliar la medicación al alta**. Entre las acciones incluidas para la conciliación debe constar la elaboración un listado completo y exacto de la medicación que el paciente debe tomar, su entrega al paciente y su remisión al siguiente nivel asistencial.

Asistencia directa al paciente

- ✓ Protocolo que establezca 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, en pacientes ingresados.

Uso seguro de radiaciones ionizantes

- ✓ **Mapa de riesgos** de los procesos en **radioterapia y/o medicina nuclear** en los últimos 5 años actualizándolo en el caso de incorporación de nuevas tecnologías y/o dispositivos.
- ✓ 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 de pacientes y ciudadanía



- ✓ **Plan de acogida para los pacientes ingresados** que incluyera aspectos relacionados con su seguridad
- ✓ 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...)





(7)

ANEXO 2. Cuestionario Atención primaria

Indicadores para la Seguridad del Paciente. Año 2020. Atención primaria

Tras la actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se han definido con el consenso de las comunidades autónomas y las sociedades científicas los indicadores con los que se evaluará el grado de desarrollo de la Estrategia de Seguridad a nivel nacional. Estos indicadores evalúan las principales líneas estratégicas.

Con el objeto de extraer la información necesaria, se plantean una serie de preguntas que permitirán establecer estos indicadores para Andalucía, así como detectar, comprender, analizar y evaluar estos y otros aspectos relacionados con la seguridad con vistas a plantear acciones de mejora para la Estrategia del Sistema Sanitaria Público de Andalucía (ESSPA).

Asimismo también se les solicitará que, en el caso de que se dispongan, adjunten los documentos por los que se les preguntan a fin de analizarlos y que faciliten el desarrollo e implantación de actuaciones y planes o procedimientos corporativos. Puede verse la relación de documentos en el anexo 1.

Los datos aportados deben corresponder al **año 2020**.



Datos básicos

Provincia

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Almería | <input type="checkbox"/> Cádiz | <input type="checkbox"/> Córdoba | <input type="checkbox"/> Granada |
| <input type="checkbox"/> Huelva | <input type="checkbox"/> Jaén | <input type="checkbox"/> Málaga | <input type="checkbox"/> Sevilla |

Nombre del distrito (o área de gestión sanitaria a la que pertenezca)

Datos de la persona que cumplimenta el cuestionario:

- Nombre y apellidos
- Cargo
- Correo electrónico
- Teléfono de contacto

Seguridad en la organización

1. ¿Disponía su DISTRITO en 2020 de una **Comisión operativa de seguridad del paciente** con una estructura, organización y funciones definidas?

- Sí (adjuntar el reglamento interno de la comisión)
- No

1.1. En el caso de NO disponer de una comisión operativa de seguridad del paciente, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)



2. ¿Disponía su DISTRITO (o sus UGCs) en el año 2020 de un **plan de seguridad del paciente vigente** con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales?

- Sí (adjunta el plan de seguridad del paciente vigente)
 No

- 2.1. En el caso de NO disponer de un plan de seguridad del paciente, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

3. ¿Dispone su DISTRITO (o sus UGCs) de alguna **memoria anual del desarrollo del plan de seguridad** que describa las acciones durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales?

- Sí (adjuntar la memoria) No

- 3.1. En caso de NO disponer de una memoria, describa brevemente la composición de la comisión, los objetivos planteados y las actividades realizadas para el 2020

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

4. ¿Disponía su DISTRITO en el año 2020 de algún **sistema de notificación y aprendizaje** de incidentes relacionado con la seguridad del paciente (con y/o sin daño) accesible para todas las unidades?

- i** El **sistema de notificación y aprendizaje** debe permitir la comunicación y el registro de cualquier tipo de incidente que afecte a la seguridad de los pacientes ocurrido en el centro (con daño y/o sin daño) con el fin de mejorar la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria aprendiendo de los errores a nivel local. Se excluyen los sistemas de notificación específicos de una especialidad o de un aspecto determinado (errores de medicación, reacciones adversas, hemovigilancia, quimioterápicos, úlceras, anestesia...).

- Sí No

- 4.1. En caso de **SI** disponer de sistema de notificación, especifique el sistema utilizado:



- Sistema de gestión de incidentes de seguridad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (gestionado por el Observatorio para la Seguridad del Paciente)
- Sistema propio
- Ambos

4.2. En el caso de **NO** disponer de sistema de notificación, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

5. ¿Dispuso su DISTRITO en el 2020 de una **comisión, equipo o unidad operativa** que asumiera las funciones de **gestionar los riesgos** o incidentes de seguridad ocurridos en los centros?

i Se considera **operativa** si tiene definidos sus miembros, sus funciones y sus actividades y cuenta con unos objetivos anuales.

- Sí No

5.1. En el caso de **NO** disponer de comisión operativa, ¿podrían indicar alguna causa? (Opcional)

6. En caso de **SI** disponer de comisión operativa, ¿disponen de alguna memoria que describa la comisión, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2020?

- Sí (adjuntar la memoria) No

7. ¿Dispuso su DISTRITO en el 2020 de algún plan que establezca los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**?

- Sí (adjuntar el plan) No

7.1. En el caso de **NO** disponer de plan normalizado, describa brevemente cómo se realiza en su HOSPITAL la gestión de los incidentes graves: quién recibe las notificaciones, quién realiza el análisis, qué tipo de herramientas utilizan para el análisis y cómo se comunican a los profesionales las acciones de mejora propuestas.



8. ¿Dispuso su DISTRITO en el 2020 de algún plan de actuación para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (**atención a las segundas víctimas**)?

Sí (adjuntar el plan) No

- 8.1. En el caso de **NO** disponer de plan, describa como se realiza la atención a los profesionales involucrados en un evento adverso en sus centros

Identificación inequívoca de pacientes

9. ¿Dispuso su DISTRITO (o sus UGCs) en el 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas**?

Si (adjuntar el protocolo) No

Uso seguro del medicamento

10. ¿Dispuso su DISTRITO (o sus UGCs) de un protocolo actualizado en 2020 para el manejo de **medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC)**?

- i** El protocolo o documento debe contener fecha y responsable, listado de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos, así como las acciones realizadas para que todos los profesionales conozcan los MARC. En el caso de medicamentos almacenado en los centros de salud (por ejemplo en el carro de paradas) se especificará qué procedimiento se sigue para la identificación clara de los mismos, especialmente en el caso de las presentaciones similares (etiquetas distintivas, almacenamiento diferenciado...) y las acciones de formación de los profesionales y establecimiento de alertas de dosis máximas.

Si (adjuntar el protocolo) No



10.1. En el caso de **NO** disponer del protocolo, ¿podrían indicar alguna causa? **(Opcional)**

11. ¿Dispusieron en su DISTRITO (o UGCs) en el año 2020 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para **la conciliación/revisión/adecuación de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos** [■]?

- Si (adjuntar el protocolo) No

Uso seguro de radiaciones ionizantes

12. ¿Recibieron los profesionales de su DISTRITO en los últimos tres años alguna formación acreditada [■] en optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes?

[■] La formación recibida por parte de algún profesional del servicio o unidad deberá estar acreditada.

- Si No

Higiene de las manos

13. Para calcular el consumo de productos de base alcohólica en su DISTRITO durante el 2020, indique:

13.1. Número de consultas anuales que se realizaron en su DISTRITO durante el año 2020 (médicas, enfermería, pediatría, odontología, urgencias) tanto en el centro como el domicilio.

(Número entero)

13.2. Número de litros de productos de base alcohólica que se entregaron en su DISTRITO a las distintas unidades de gestión clínica durante el año 2020.



(Número entero)

13.3. Especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

14. ¿Realizaron las unidades de su DISTRITO en 2020 un mínimo de 30 observaciones por consulta, 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?

■ Momento 1: Antes de tocar al paciente. Momento 2: Antes de realizar un procedimiento limpio/aséptico.

Si

No

14.1. En caso negativo, ¿podría indicarnos alguna razón? (ej: no se realizaron 30 observaciones por consulta, no se realizaron en el menos el 50% de los consultas, no se realizó solo en los momentos 1 y 2, no se siguió la metodología de la OMS...) **(Opcional)**

14.2. En caso afirmativo, describa:

14.2.1. Número de unidades donde se realizaron

14.2.2. Número total de consultas del DISTRITO donde se realizaron

14.2.3. Número total de oportunidades para la HM observadas para los momentos 1 y 2.

14.2.4. Número total de acciones de HM realizadas con PBA o con agua y jabón correctamente para los momentos 1 y 2.

14.2.5. Número total de acciones de HM realizadas correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.

Implicación activa del paciente y ciudadanía



15. ¿Se realizó en su DISTRITO en 2020 alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad del paciente con registro de participantes y evaluación de la actividad?

Sí No

15.1. Describa el número y tipo de actividad/es realizada, número de asistentes asistieron y la satisfacción percibida tras la actividad.

Autorización y comentarios

16. Autorizo la publicación de estos datos de forma agregada y anonimizada con el fin de generar conocimiento científico y difundir recomendaciones para la mejora continua.

Sí No

17. Si desea realizar algún comentario, consideración o aclaración sobre el cuestionario o sobre la información requerida puede realizarlo a continuación indicando el apartado o pregunta al que hace referencia:

**Desde la Estrategia para la Seguridad del Paciente,
muchas gracias por su colaboración**



Documentación a aportar en atención primaria

Seguridad en la Organización

- ✓ **Reglamento interno de la comisión de seguridad** del paciente que defina la estructura, funcionamiento y organización
- ✓ **Plan de seguridad del paciente vigente** con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales
- ✓ **Memoria anual sobre el desarrollo del plan de seguridad** del paciente que describa las acciones desplegadas durante el 2020, los resultados de la evaluación y el plan de difusión desarrollado para el conocimiento de todos los profesionales.

Gestión de riesgos

- ✓ Manual de funcionamiento del **sistema de notificación y gestión de incidentes** en el caso de disponer de sistema propio.
- ✓ Memoria que describa la **comisión, equipo o unidad de gestión de riesgos**, los objetivos planteados, las actividades realizadas y las acciones de mejora implantadas tras el análisis de los riesgos e incidentes para el 2020
- ✓ Plan que establezca los procedimientos y circuitos para el **abordaje y gestión de eventos adversos graves**
- ✓ Plan de actuación 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



- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la **identificación y trazabilidad de muestras biológicas**

Uso seguro del medicamento

- ✓ Protocolo actualizado en 2020 para el manejo de los **medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos**.
 - El protocolo o documento debe contener fecha y responsable, listado de medicamentos de alto riesgo para pacientes crónicos, así como las acciones realizadas para que todos los profesionales conozcan los MARC. En el caso de medicamentos almacenado en los centros de salud (por ejemplo en el carro de paradas) se especificará qué procedimiento se sigue para la identificación clara de los mismos, especialmente en el caso de las presentaciones similares (etiquetas distintivas, almacenamiento diferenciado...) y las acciones de formación de los profesionales y establecimiento de alertas de dosis máximas.
- ✓ Documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la **conciliación/revisión/adequación de pacientes polimedicados y/o pluripatológicos**.



**ESTRATEGIA PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
del Sistema Sanitario Público de Andalucía

