Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía

Informe de resultados 2022









Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía

Informe de resultados 2022

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. Asesora técnica Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

23 noviembre de 2023

Revisado por:

- Eva Moreno Campoy. Directora Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía
- Grupo coordinador Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

Indicadores de seguimiento de seguridad del paciente de Andalucía. Informe de resultados 2022. Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía. Secretaría General Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud de la Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Noviembre 2023.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

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



Indice

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVO	10
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA	14
Área Clave 1. Seguridad en la organización	14
Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	15
Área clave 3. Atención integral segura	17
Área clave 5. Implicación activa pacientes y ciudadanía	30
Principales conclusiones y recomendaciones de los resultados de Atención Hospitalaria	31
RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	34
Área Clave 1. Seguridad en la organización	34
Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua	35
Área clave 3. Atención integral segura	37
Área clave 5. Implicación activa de pacientes y ciudadanía	41
Principales conclusiones y recomendaciones de los resultados de Atención Primaria	
EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2022	45





A	NEXOS	53
	Cuestionario Atención Hospitalaria	. 53
	'	
	Cuestionario Atención primaria	. 70





INTRODUCCIÓN

La Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA) realiza un seguimiento y monitorización anual de algunos indicadores de Seguridad del Paciente para analizar y evaluar el avance en esta materia en nuestra comunidad.

Es importante diseñar estudios que permitan evaluar, identificar las áreas de mejora y aumentar el grado de implementación de estas prácticas y procedimientos. Evaluar forma parte del ciclo de la mejora continua, con el fin de poder conocer el alcance del despliegue de la estrategia y las áreas mejora en cuanto a futuras intervenciones se refiere.



Algunos de los indicadores que hemos mostrado en el informe se vienen recogiendo desde 2011 y posteriormente se han ido incorporando nuevos indicadores de los diferentes proyectos que se han ido poniendo en marcha. La estrategia de mejora debe de ser continua, por ello se irán incluyendo los indicadores progresivamente para abordar todas las áreas clave de la ESSPA.

En este informe, se presentan los resultados de forma agregada de los indicadores de seguimiento de Seguridad del Paciente en Andalucía, cuya elaboración responde a un proceso planificado, participativo y multidisciplinar de la Estrategia para la Seguridad del Paciente junto con todos los centros de atención hospitalaria y atención primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).



El contenido es un reflejo de los compromisos de la Consejería de Salud y Consumo y el Servicio Andaluz de Salud con la seguridad de los pacientes, que se despliega en un contexto de alianzas, responsabilidad compartida e implicación de los equipos directivos, profesionales y centros, así como de los niveles de gestión y decisión de política sanitaria para la mejora de la seguridad del paciente.

Con los indicadores que se evalúan este año, se monitoriza el trabajo desarrollado en el ámbito de Atención Hospitalaria y de Atención Primaria en algunos aspectos de las siguientes áreas clave de la ESSPA:







OBJETIVO

El objetivo de este informe es mostrar el análisis de los indicadores para la seguridad del paciente correspondientes al año 2022, de forma agregada, para el conjunto de la comunidad andaluza. Y en el caso de los indicadores que se vienen recogiendo desde 2011, presentar la evolución 2011-2022.



Los informes de resultados se presentan por separado según el ámbito asistencial:

Atención hospitalaria

Atención primaria.





METODOLOGÍA

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 (incluye Centro de Emergencia Sanitaria CES061) y otro para atención primaria, cada uno con preguntas adaptadas al nivel asistencial correspondiente.

La recogida de la información se ha realizado con la participación de todos los referentes de Seguridad del Paciente de los centros hospitalarios o distritos de atención primaria del SSPA. Se les envió, mediante correo electrónico y de forma individualizada, el enlace para cumplimentar el cuestionario.

La elaboración del cuestionario con todos los indicadores y el análisis de los datos han sido realizados por el equipo de la Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA. La recogida de los datos se realizó durante los meses de mayo y junio del 2022. 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 y en caso de dudas, contrastadas con los referentes de los centros, por lo que el efecto limitante que podría suponer las respuestas recogidas a través de un cuestionario autocumplimentado se encuentra mitigado. En el caso de no enviar la documentación que justifique



el cumplimento del indicador o que la documentación aportada no cumpla los requisitos exigidos se considera que el indicador no se ha cumplido.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

En 2022, la red de centros del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) ha estado formada por:

- 50 centros hospitalarios (17 son hospitales de alta resolución-HAR) y el Centro de Emergencias Sanitarias 061 (CES061).
- 27 distritos de atención primaria.

16 centros hospitalarios y 16 distritos de atención primaria están integrados en Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), es decir, la gerencia es única para atención primaria y hospitalaria.

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 2022.



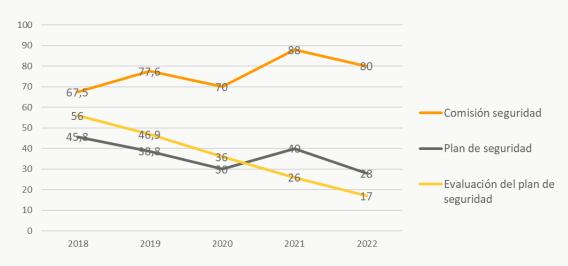


RESULTADOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Han contestado el cuestionario el Centro de Emergencias Sanitarias 061 de Andalucía y 45 de los centros hospitalarios (5 HAR han enviado los datos conjuntamente con el hospital al que están adscritos).

Área Clave 1. Seguridad en la organización

En esta área se analizan los elementos clave estratégicos para la seguridad del paciente en los centros directivos sanitarios.





El 89% (N=41) de los hospitales afirman disponer de una Comisión de seguridad del paciente con una estructura, organización y funciones definidas. El 80% (N=37) de los centros aporta evidencias de que la comisión está operativa, con objetivos concretos y manteniendo reuniones periódicas.

El 37% (N=17) de los centros hospitalarios desarrollaron o actualizaron un plan de seguridad del paciente en 2022 con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales. El 28% (N=13) aportaron el plan.

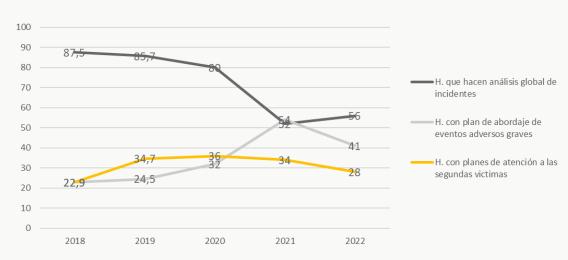
El 26% (N=12) afirman realizar una evaluación anual con los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales. El 17% (N=8) de los centros aportaron el documento con la evaluación.

Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

Respecto a la Gestión de Riesgos, el 100% (N=46) 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.

Durante el año 2022, el 85% de los centros sanitarios utiliza el sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, el 7% un sistema de notificación propio y el 8% ambos.





La siguiente figura muestra la evolución de los indicadores de gestión de riesgos:

El 72% (N=33) de los hospitales realizaron en 2022 un análisis y evaluación global, a nivel de centro de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha. El 56,5% (N=26) aportaron evidencia de dicha evaluación.

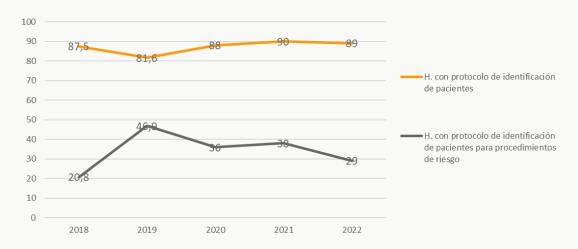
El 65% (N=30) afirmaron disponer de un plan que establecía los procedimientos y circuitos para el abordaje y gestión de eventos adversos graves. Muchos de los documentos aportados son procedimientos de notificación y/o gestión de incidentes pero que no abordan los aspectos relacionados con la gestión de eventos adversos graves. Solo el 41% (N=19) de los hospitales aportaron procedimientos para la gestión de eventos adversos graves o eventos centinela.

El 39% (N=18) 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 victimas). El 28% (N=13) aportan el plan de actuación.



Área clave 3. Atención integral segura

Identificación inequívoca de pacientes



El 96% (N=44) 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 89% (N=41) aportan un documento con el procedimiento, aunque muchos de los procedimientos no se han revisado en los últimos 5 años.

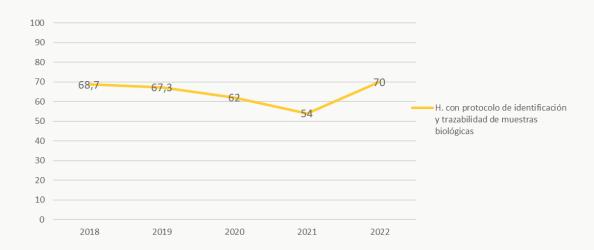
El 67% de los centros afirma disponer de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes ante procedimientos de riesgo (procedimientos invasivos o pruebas diagnósticas). El 29% (N=13) aportaron 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.

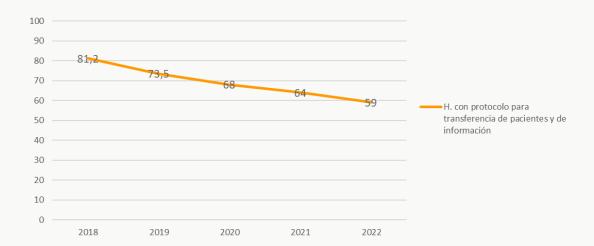
El 76% (N=35) de los centros hospitalarios afirman disponer de un documento o protocolo que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación y trazabilidad de muestras biológicas. El 70% (N=32) aporta dicho documento.





Transferencia segura para el paciente

El 70% de los hospitales (N=32) 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. El 59% (N=27) aportaron algún documento relacionado, aunque varios de estos documentos llevan más de 5 años sin actualización.



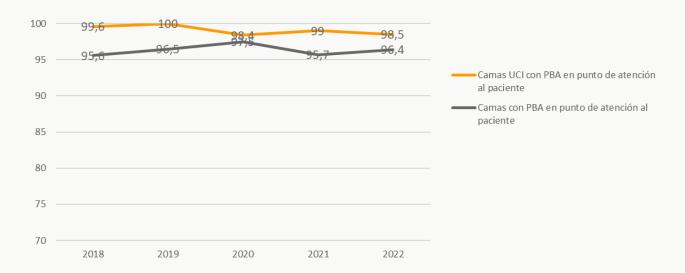


Higiene de manos

Indicadores HM sobre disponibilidad PBA en los puntos de atención al paciente:

El 98,5% de las camas de cuidados intensivos hospitalarias (N=1183) 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 96,4% de las camas hospitalarias (N=13.970) 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 datos corresponden a 44 centros hospitalarios.



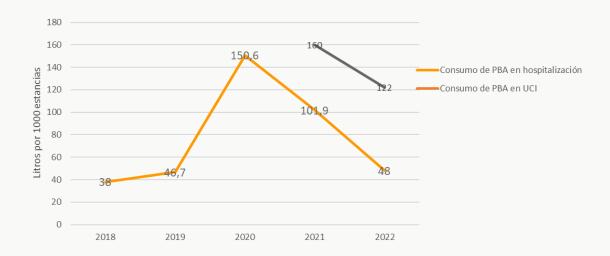




Indicadores de HM de consumo PBA

El consumo medio de productos de base alcohólica en hospitalización aportado por los centros es de 48 litros por 1000 estancias. Los datos aportados corresponden a 41 hospitales. En 19 hospitales utilizaron formato líquido, 4 utilizaron gel, en 17 utilizaron ambos formatos y en 2 hospitales utilizaron indistintamente el formato líquido, gel o espuma.

En las Unidades de Cuidados Intensivos, el consumo de productos de base alcohólica fue de 122 litros por cada 1000 estancias en UCI. Estos datos corresponden a 29 hospitales, ya que los HAR no tienen UCI y algunos hospitales no han aportado datos.

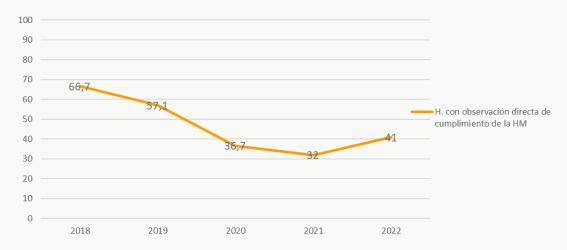






Indicadores adherencia HM. Observaciones de HM según Metodología de la OMS

El 41% (N=19) 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.



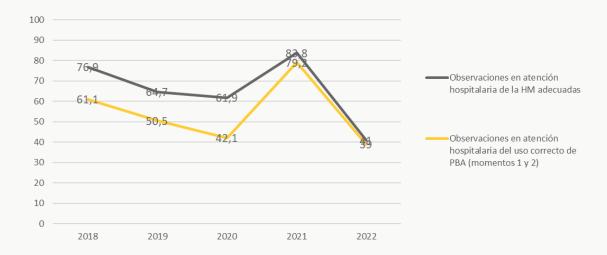
En relación a los resultados de las observaciones:

El 41% 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 19 hospitales.

El 39% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2. Los datos aportados corresponden a 19 hospitales.







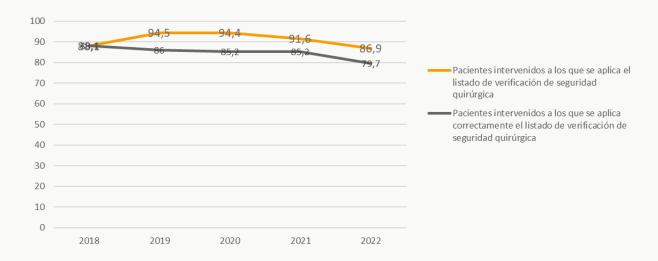
El 32% (N=11) de los hospitales cumplimentaron el cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos de la OMS, lo que les ha permitido hacer un diagnóstico para identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora. 8 centros han obtenido una calificación intermedia (consolidada) o superior en el año 2022 (>250 puntos).



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 86.9% (DE: 26). El número total de pacientes intervenidos es de 381.501. Han aportado información 43 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 79,7% (DE: 30,4). 43 centros aportaron datos.



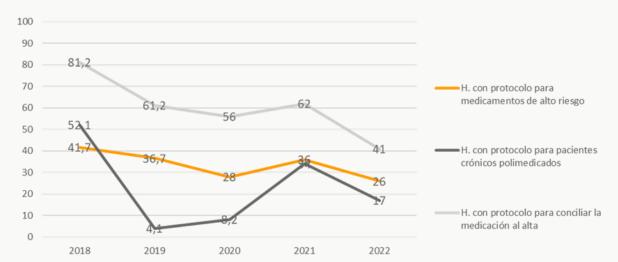


Uso seguro del medicamento

El 48% (N=22) de los centros hospitalarios afirman disponer de un protocolo actualizado para el manejo de todos (o de algún) medicamentos de alto riesgo (MAR). El 26% (N=12) aportaron un documento relacionado.

El 44% (N=20) 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 y el 17% (N=8) aportan un documento que lo acredite.

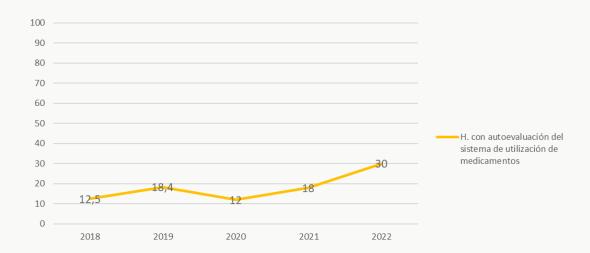
El 54% (N=25) de los centros declararon disponer de un documento o protocolo que estableciera los procedimientos y circuitos que se deben implementar para conciliar la medicación al alta. El 41% (N=19) aportó la documentación correspondiente.







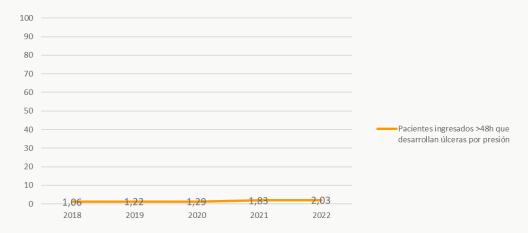
El 30% (N=14) de los hospitales han cumplimentado en los últimos años el cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos (ISMP) y aportan los puntos de riesgo y áreas de mejora destinadas a prevenir errores de medicación.





Asistencia directa al paciente

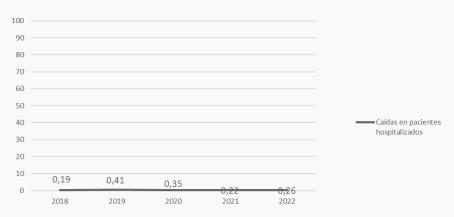
El 2,03% de los pacientes con ingreso superior a 48 horas desarrollaron durante su estancia una úlcera por presión. El número de pacientes con ingreso superior a 48 horas fue de 407.485 y el número de pacientes que desarrollan una úlcera por presión de 8.256. Han aportado datos 31 hospitales.



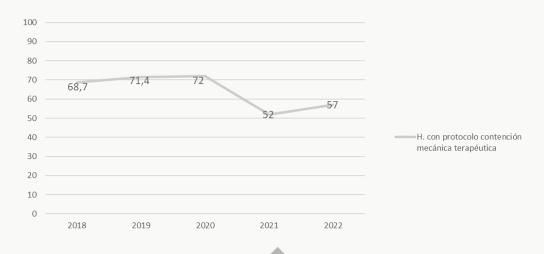
El 0,26% de pacientes hospitalizados sufrió una caída durante su estancia. El número de pacientes hospitalizados fue de 484.964 y el número de caídas registradas 1.264. Han aportado información 31 hospitales.



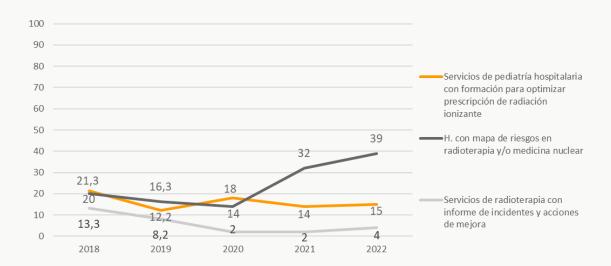




El 70% (N=32) de los hospitales dispusieron de un protocolo que estableciera los pasos a seguir para el empleo de la contención mecánica terapéutica, entendida como aplicación de un sistema de inmovilización a pacientes agitados o desorientados ingresados. El 57% (N=26) aportaron el documento. Muchos 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.



Uso seguro de radiaciones ionizantes



Solo en el 15 (N=7) de los 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, mientras que 23 centros han declarado que esta pregunta no les aplica por no disponer de servicio de radioterapia. Finalmente, el 39% (N=9) de los 23 centros con servicio de radioterapia han presentado el mapa de riesgo.

Solo el 11% (N=5) 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

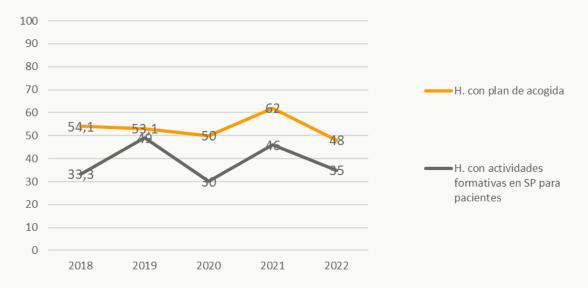


de acciones de mejoras implementadas. Tan sólo dos centros (4%) han enviado el documento que lo acredita.

Área clave 5. Implicación activa pacientes y ciudadanía

El 72% (N=33) de los centros hospitalarios declararon disponer de un plan de acogida para los pacientes ingresados que incluía aspectos específicos relacionados con su seguridad. El 48% (N=22) aportaron algún documento que lo avalara.

El 35% (N=16) de los hospitales han afirmado haber realizado actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía en seguridad del paciente durante el 2022, aunque un centro no envió la documentación que lo confirma.



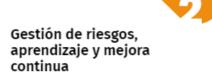


Principales conclusiones y recomendaciones de los resultados de Atención Hospitalaria



Es necesario seguir apostando por una estructura estable de gobernanza para la SP en los centros sanitarios, potenciando que las comisiones de SP sean operativas y que dispongan de objetivos concretos y evaluables.

Hay que seguir avanzando en el diseño de planes de seguridad específicos de cada centro para el despliegue progresivo y la evaluación de la implementación de las diferentes áreas clave de la ESSPA a nivel local.



La gestión de los incidentes de seguridad para el aprendizaje y mejora continua es realizada de manera sistemática a nivel local por las unidades de gestión en el SSPA, si bien, es recomendable que a nivel de centro se haga un análisis global para poder tener una visión estratégica de las líneas de mejora de centro que se pueden abordar desde la Comisión de SP del centro.





Atención integral segura Respecto a las diferentes prácticas relacionadas con la atención integral segura, es necesario recordar que deben de ir actualizándose los procedimientos, y lo más importante, evaluar la adherencia de los profesionales a los mismos.

En referencia a los indicadores de seguimiento de Higiene de Manos, destacar que durante 2022 se ha reducido considerablemente el consumo de PBA, y el cumplimiento adecuado de la HM en las observaciones. Es posible que las observaciones se estén realizando de manera más exhaustiva ya que durante 2022 se han formado al menos a dos profesionales por centro directivo sanitario en Observaciones de HM siguiendo la metodología de la OMS. Se recomienda a los centros poner especial atención en sus observaciones y los planes de mejora al respecto según los resultados.

de

Implicación activa de pacientes y ciudadanía Resaltar la importancia de incorporar elementos de SP en la información y formación a la ciudadanía, para que su participación sea efectiva, y puedan ayudarnos en la identificación (a través del formulario para la ciudadanía de notificASP) y la gestión de los riesgos de manera proactiva y prevenir posibles eventos adversos durante la asistencia sanitaria.



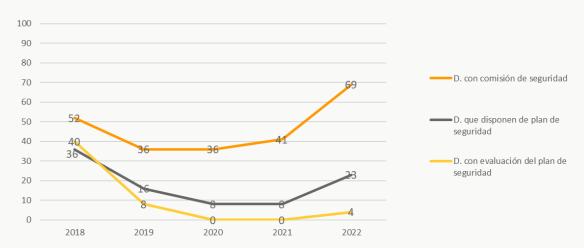


RESULTADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

En atención primaria, han cumplimentado el cuestionario 26 distritos de atención primaria (DAP). Tan sólo un distrito no ha enviado la información solicitada.

Área Clave 1. Seguridad en la organización

En esta área se analizan los elementos clave estratégicos para la seguridad del paciente en los centros directivos sanitarios.





El 81% (N=21) de los DAP/AGS han afirmado disponer de una comisión operativa de seguridad del paciente con estructura, organización y funciones definidas. El 69% (N=18) se reúnen anualmente y tienen planteados objetivos para realizar en la comisión de seguridad.

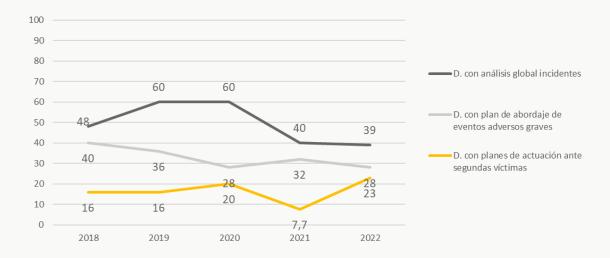
El 27% (N=7) de DAP/AGS declararon disponer en 2022 de un plan de seguridad con responsable asignado, objetivos, acciones, indicadores para su evaluación y plan de difusión de resultados a todos los profesionales, aunque el 23% (N=6) aportaron el plan.

El 23% (N=6) afirmaron haber realizado una evaluación del plan de seguridad que describía los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales, aunque sólo un distrito (4%) envió la memoria que lo acredita.

Área clave 2. Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

Todos los distritos (N=26) 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 100% (N=27) utiliza el Sistema de notificación y gestión de incidentes autonómico, aunque uno de ellos (el 4%) utilizan también un sistema de notificación propio.





El 39% (N=10) de los DAP/AGS realizaron en 2022 un análisis y evaluación global de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha.

El 46% (N=12) 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.

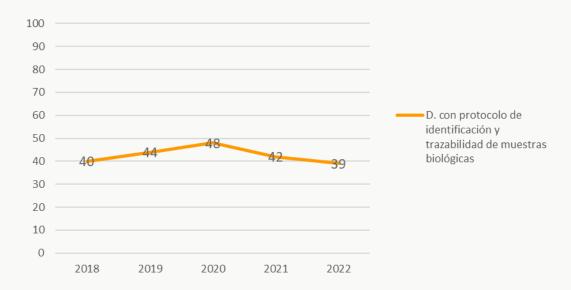
Solo el 27% (N=7) de los DAP/AGS afirmaron disponer de un plan de actuación propio para la atención a los profesionales o equipos involucrados en un evento adverso con consecuencias graves para el paciente (atención a las segundas víctimas), aunque solo el 23% (N=6) enviaron el plan de actuación.



Área clave 3. Atención integral segura

Identificación inequívoca del paciente

El 73% (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 39% (N=10) aportaron dicho plan.

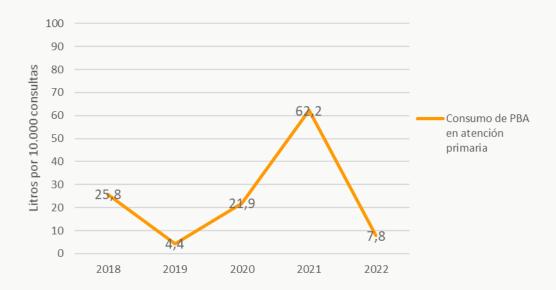


Higiene de manos

El consumo medio de productos de base alcohólica en atención primaria es de 7,8 litros por cada 10.000 consultas. El número de consultas asciende a 55.430.418 y el número de litros de PBA a 43.203. La mayoría han utilizado formato líquido (N=12), 9 centros de atención primaria utilizan



PBA en formato líquido, 6 utilizan PBA líquido y en 10 utilizan ambos formatos. Estos datos corresponden a 25 distritos.



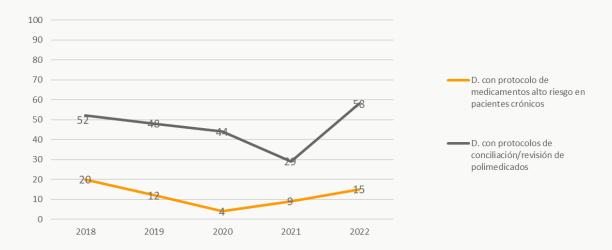
En relación a las Observaciones de HM según Metodología de la OMS, 2 distritos de atención primaria han afirmado hacer observación de higiene de manos, aunque sólo uno envía el número de observaciones y de acciones. El 72% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA o con agua y jabón para los momentos 1 y 2. El 46% de las oportunidades de higiene de manos observadas se realizaron correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.

El 15% (N=4) de los distritos cumplimentaron el cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos de la OMS, lo que les ha permitido hacer un diagnóstico para identificar las



cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora. Todos obtuvieron una calificación intermedia (consolidada) o superior en el año 2022 (>250 puntos).

Uso seguro del medicamento



El 31% (N=8) de los DAP/AGS afirman disponer de un protocolo actualizado en 2022 para el manejo de medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC), pero tan sólo el 15% (N=4) aportaron el documento.

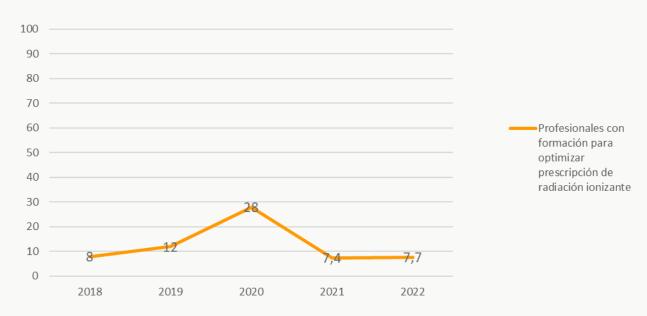
El 69% (N=18) declararon disponer de un documento que establecía los procedimientos y circuitos que se deben implementar para la conciliación/revisión/adecuación de la medicación en pacientes polimedicados y/o pluripatológicos. El 58% (N=15) enviaron el procedimiento con la información requerida.





Uso seguro de radiaciones ionizantes

El 7,7% (N=2) de los distritos afirman que algún profesional recibió en los últimos tres años alguna formación acreditada sobre optimización de la prescripción de pruebas de radiación ionizantes.

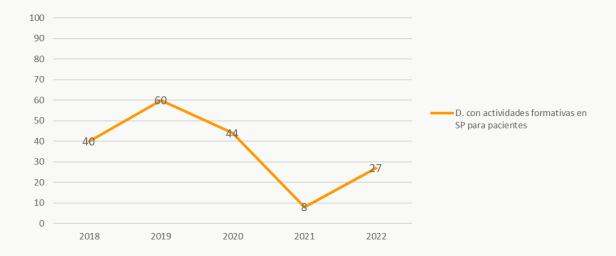






Área clave 5. Implicación activa de pacientes y ciudadanía

El 58% (N=15) afirman haber realizado alguna actividad formativa dirigida a pacientes sobre aspectos de seguridad de la paciente realizada durante el 2022, pero tan sólo el 27% (N=7) aportan evidencias al respecto.





Principales conclusiones y recomendaciones de los resultados de Atención Primaria



En los indicadores relativos a la Seguridad en la organización, el 81% de los DAP/AGS han afirmado disponer de una comisión operativa, aunque sólo el 69% se reúne periódicamente. Es necesario avanzar en una estructura estable de gobernanza para la SP en atención primaria y continuar impulsando la operatividad real de las comisiones de SP con objetivos concretos y que se evalúen anualmente

Igualmente hay que seguir avanzando en el desarrollo de planes de seguridad específicos para favorecer el avance del despliegue de las diferentes áreas clave de la ESSPA y su correspondiente evaluación a nivel local.

•

Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

Seguridad en la

Organización

Seguir potenciando la notificación en atención primaria es una prioridad. En relación a la gestión de las notificaciones, aunque la gestión de los incidentes de seguridad para el aprendizaje y mejora continua es realizada de manera sistemática en las diferentes unidades, es recomendable que a nivel de centro se haga un análisis global para poder tener una visión estratégica de las líneas de mejora generales para la atención primaria y que se puedan abordar desde la Comisión de SP del centro.



3

Atención integral segura

Hay que seguir trabajando en la adaptación y puesta en marcha de los procedimientos, guías de práctica clínica e implementación de buenas prácticas en la actividad asistencial local de cada centro, así como la evaluación de la adherencia de los profesionales a estas recomendaciones.

En referencia a los indicadores de seguimiento de Higiene de Manos, durante 2022 se ha reducido considerablemente el consumo de PBA, sería necesario revisar y autoevaluarse en relación a los estándares de calidad de cumplimento de Higiene de Manos.

Destacar que, por primera vez, se remite la evaluación del cumplimiento de la adherencia a la HM según la metodología de la OMS mediante observaciones en un DAP, se anima y recomienda a todos los DAP que se adhieran a ésta buena práctica.

5

Implicación activa de pacientes y ciudadanía

Es necesario incorporar elementos de SP en la información y formación a la ciudadanía desde los centros de atención primaria. La participación efectiva de los pacientes y la ciudadanía en la SP pueden ayudarnos a identificar riesgos, comunicárnoslos (a través de notificASP) y aportar información para la gestión adecuada de incidentes y riesgos de manera proactiva, facilitando la prevención de posibles eventos adversos durante la asistencia sanitaria.





EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES 2011-2022

Seguridad en la organización

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
H. con comisión de seguridad *								67,5	77,6	70,0	88,0	80,0
D. con comisión de seguridad *		* Indicac	lor recogi	do por pr	imera vez	en 2018		52,0	36,0	36,0	41,0	69,0
H. que disponen de plan de seguridad *		maicac	or recogn	00 POI PI			45,8	38,8	30,0	40,0	28,0	
D. que disponen de plan de seguridad *								36,0	16,0	8,0	8,0	23,0

H.: Hospitales

D.: Distritos



Gestión de riesgos, aprendizaje y mejora continua

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
H. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	100	97,8	95,7	97,9	100	100	100	100	93,9	96,0	100	100
D. con sistema de notificación y aprendizaje de incidentes	93,7	78,8	92	94,4	100	100	100	100	100	100	100	100
H. que hacen análisis de incidentes	95,4	91,3	82,9	93,6	93,3	84,8	91,3	87,5	85,7	80,0	52,0	56,0
D. que hacen análisis de incidentes	78,1	60,6	68	68	68	60	76	48,0	60,0	60,0	40,0	39,0
H. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								22,9	24,5	32,0	54,0	41,0
D. con plan de abordaje de eventos adversos graves *								40	36,0	28,0	32,0	28,0
H. con planes de atención a las segundas victimas *								22,9	34,7	36,0	34,0	28,0
D. con planes de actuación ante segundas víctimas *								16,0	16,0	20,0	7,7	23,0

^{*} 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	2021	2022
H. con protocolo de identificación de pacientes	100	100	100	100	100	95,6	100	87,5	81,6	88,0	90,0	89,0
H. con protocolo de identificación de pacientes para procedimientos de riesgo *								20,8	46,9	36,0	38,0	29,0
H. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								68,7	67,3	62,0	54,0	70,0
D. con protocolo de identificación y trazabilidad de muestras biológicas *								40,0	44,0	48,0	42,0	39,0

^{*} Indicador recogido por primera vez en 2018

Transferencia segura para el paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
H. con protocolo para transferencia de pacientes y de información *		* Indicac	lor recogi	do por pr	imera vez	en 2018		81,2	73,5	68,0	64,0	59,0

H.: Hospitales



H.: Hospitales

D.: Distritos

Higiene de manos (HM)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Camas UCI con PBA en punto de atención al paciente	NS	98,7	100	100	100	100	100	99,6	100	98,4	99,0	98,5
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	97,5	96,4
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	32,0	41,0
Observaciones en atención hospitalaria de la HM adecuadas						61,5	50,3	76,9	64,7	61,9	83,8	41,0
Observaciones en atención hospitalaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2)						47,8	35,5	61,1	50,5	42,1	79,2	39,0
D. con observación directa de cumplimiento de la HM *								12,0	ND	ND	ND	3,8
Observaciones en atención primaria de la HM adecuadas *								12,4	ND	ND	ND	72,0
Observaciones en atención primaria del uso correcto de PBA (momentos 1 y 2) *								66,0	ND	ND	ND	46,0
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	101,9	48
Consumo de PBA en UCI											160	122
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	62,2	7,8



* Indicador recogido por primera vez en 2018 estancias

H.: Hospitales

D.: Distritos **ND**: Datos no disponibles. ¹ litros por 1.000

Seguridad en el proceso quirúrgico

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	91,6	86,9
Pacientes intervenidos a los que se aplica correctamente el listado de verificación de seguridad quirúrgica								88,1	86	85,2	85,2	79,7

H.: Hospitales

Uso seguro del medicamento

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	36,0	26,0
D. con protocolo de medicamentos alto riesgo en pacientes crónicos *								20,0	12,0	4,0	9,0	15,0
H. con protocolo para pacientes crónicos polimedicados *								52,1	4,1	8,2	34,0	17,0



² litros por 10.000 consultas

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
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	62,0	41,0
D. con protocolos de conciliación/revisión de polimedicados *								52,0	48,0	44,0	29,0	58,0
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	18,0	30,0

^{*} Indicador recogido por primera vez en 2018

D.: Distritos

Asistencia directa al paciente

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pacientes ingresados >48h que desarrollan úlceras por presión *								1,06	1,22	1,29	1,83	2,03
Caídas en pacientes hospitalizados *		* Indicac	lor recogi	do por pr	imera vez	0,19	0,41	0,35	0,22	0,26		
H. con protocolo contención mecánica terapéutica *								68,7	71,4	72,0	52,0	57,0

H.: Hospitales

D.: Distritos



H.: Hospitales

Uso seguro de radiaciones ionizantes

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Servicios de pediatría hospitalaria con formación para optimizar prescripción de radiación ionizante *								21,3	12,2	18,0	14,0	15,0
H. con mapa de riesgos en radioterapia y/o medicina nuclear *		* Indicac	lor recogi	do por pr	mera vez		20,0	16,3	14,0	32,0	39,0	
Servicios de radioterapia con informe de incidentes y acciones de mejora *								13,3	8,2	2,0	2,0	4,0

H.: Hospitales

D.: Distritos

Implicación activa del paciente y ciudadanía

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
H. con plan de acogida *								54,1	53,1	50,0	62,0	48,0
H. con actividades formativas en SP para pacientes *		* Indicac	lor recogi	do por pr	imera vez	33,3	49,0	30,0	46,0	35,0		
D. con actividades formativas en SP para pacientes *								40,0	60,0	44,0	8,0	27,0

H.: Hospitales

D.: Distritos









Cuestionario Atención Hospitalaria

Indicadores para la Seguridad del Paciente. Año 2022. Atención hospitalaria

Estimado/a Referente de Seguridad del Paciente,

Como en años anteriores, os solicitamos información sobre los **indicadores** que se utilizan para evaluar el grado de desarrollo de las **principales líneas estratégicas de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA).**

En el cuestionario se solicitan documentos que evidencian el cumplimiento de estos indicadores, les recordamos que deben tenerlos disponibles para adjuntarlos, si procede. Puede verse la relación de documentos en el anexo 1.

Los datos aportados deben corresponder al año 2022.

Datos básicos

Almería	☐ Cádiz	☐ Córdoba	Granada	
☐ Huelva	☐ Jaén	☐ Málaga	☐ Sevilla	
	=			

Nombre del centro hospitalario



Indique el	número	de	unidades	de	SII	host	oital	ŀ
ii iaiqao oi	- Halliolo	au	ariiaaaacc	au	ou	11001	JILLA	,

Datos de la persona que cumplimenta el cuestionario:

- Nombre y apellidos
- Cargo

no.

- Correo electrónico
- Teléfono de contacto

Seguridad en la organización

١.	• .	onía su HOSPITAL en 2022 de una Comisión operativa de seguridad del paciente con una estructura, ización y funciones definidas?
		☐ Si ☐ No
	En c	aso afirmativo:
	1.1.	Indique el número de reuniones mantenidas por la Comisión de Seguridad del Paciente durante el año
		2022
	1.2.	Adjuntar las actas de las reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.
		Adjuntar tab ablab ab tab rounilones ab ta bornisten ab begantaa abril ablonte.
	1.3.	Número de objetivos totales planteados por la comisión de seguridad del paciente para el año 2022:
	1.4.	Número de objetivos cumplidos por la comisión de seguridad del paciente durante el año 2022:



1.5. Incluya los objetivos planteados en la comisión de seguridad del paciente e indique si se ha cumplido o

2.	•	jetivos, acciones		•	an de seguridad del paciente vigente con responsable evaluación y plan de difusión de resultados a todos los
		Si (adjuntar el pl	an)		No
3.	-			_	ridad en los últimos 2 años, que describa los resultados el conocimiento de todos los profesionales?
		Sí (adjuntar la eva	aluación)		No
4.	¿Se han inco	rporado en 2022	objetivos para la	a seg	juridad del paciente en los Acuerdos de Gestión de las
	unidades de s	su centro?			
		Sí	□ No		
			•		unidades de su HOSPITAL que tenían algún objetivo su Acuerdo de Gestión 2022:
G	estión d	le riesgos	s, aprend	iza	je y mejora continua
5.	¿En qué siste 2022?	ema de notificació	on de incidentes y	aprer	ndizaje* notificaron los profesionales de su centro durante
		· ·	•		os de una especialidad o de un aspecto determinado (errores de , quimioterápicos, úlceras, anestesia).
		notificASP (Notif	icación de incider	ntes y	aprendizaje para la seguridad del paciente en Andalucía)



	☐ Sistema propio
	5.1. En caso de SI disponer de sistema de notificación propio, indique:
	 Se consideran incidentes sin da ño los riesgos, cuasiincidentes e incidentes sin da ño.
	2. Se consideran incidentes gestionados aquellos que han sido analizado y que tienen asociadas acciones de mejora (estén evaluadas o no) o se ha resuelto sin necesidad de plantear acciones de mejora.
	Número total de notificaciones procedentes de Atención Hospitalaria
	Número total de notificaciones de incidentes sin daño ¹
	Número total de notificaciones con daño
	Número total de notificaciones relacionadas con medicamentos
	Número total de notificaciones relacionadas con radiaciones ionizantes
	Número total de incidentes gestionados ²
6.	¿Se realizó en 2022 un análisis y evaluación global a nivel de centro de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha?
	☐ Si (adjuntar informe de evaluación) ☐ No
7.	¿Dispuso su HOSPITAL en el 2022 de algún plan que establezca los procedimientos y circuitos para e 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 2022 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 victimas)?
	☐ Sí (adjuntar el plan) ☐ No
9.	En relación a la gestión proactiva de riesgos en su centro en 2022, indique el número de unidades en su centro que disponen de un mapa de riesgo elaborado/actualizado¹:
	 Se considerará actualizado si se ha revisado en los últimos 5 años.
	* Se recomienda tener disponibles los mapas de riesgos de las diferentes unidades para auditoría.
ld	entificación inequívoca de pacientes
10	¿Dispuso su HOSPITAL en el 2022 de un documento o protocolo que establezca los procedimientos y circuitos que se deben implementar para garantizar la identificación inequívoca de los pacientes?
	☐ Si (adjuntar el documento) ☐ No
11	¿Dispuso su HOSPITAL en el 2022 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
	☐ Si (adjuntar el documento) ☐ No
12	¿Dispuso su HOSPITAL en el 2022 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 documento) ☐ No



Transferencia segura para el paciente

	uso su HOSPITAL en el 2022 de un documento c e deben implementar para garantizar la adecuada			
0	El procedimiento debe contemplar aspectos como e transferir, el lenguaje, el nivel de transmisión o el res			•
	☐ Si (adjuntar el procedimiento)		No	
Higier	ne de las manos			
14. Sobre	las camas disponibles en su HOSPITAL en 20	122, inc	dique;	
	Número total de camas, incluyendo las camas servicios de psiquiatría	de los	servicios	de urgencias y excluyendo las de los
	(Número entero)			
	Número de camas con dispensadores de prepar de atención al paciente ¹¹ , incluyendo las cam servicio de psiquiatría y unidad de cuidados inte	as de	los servi	, ,
	(Número entero)			
0	El punto de atención de atención al paciente, ir lugar donde se va a desarrollar una actividad que re tener que abandonar la zona del paciente. No se co	quiere d	contacto co	on el paciente y/o su entorno inmediato y sin

15. Sobre las camas de cuidados intensivos disponibles en su HOSPITAL en 2022, indique;

habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace.



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

(Número entero)

15.2. 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)

- 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)
- 16. Para calcular el consumo de productos de base alcohólica de su HOSPITAL en 2022, indique;
 - **16.1.** Número **de pacientes-día** que permanecieron ingresados en su HOSPITAL durante el año 2022.
 - El nº de pacientes día se refiere a la suma de los pacientes ingresados diariamente durante el 2022, es decir, el número total de estancias hospitalarias del año 2022. 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)

- **16.2.** Número de **litros que fueron entregados** durante el 2022 en su HOSPITAL a los distintos servicios del hospital (<u>sólo las unidades y plantas de hospitalización</u>), incluyendo el servicio de pediatría y excluyendo consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos (zonas donde el paciente no permanece ingresado).
 - En algunos casos será necesario realizar un cálculo en función de los ml de envases dispensados.

(Número entero)



17. Para calcular el consumo de productos de base alcohólica en UCI en 2022, indique;
17.1. Número de estancias en UCI.
Se refiere a las estancias de los pacientes en UCI, siendo "Estancia= Fecha de alta – Fecha de ingreso", durante el periodo de cálculo del indicador.
■ Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en UCI y ocupa una cama definida en UCI.
Fecha de alta: Fecha en la que el paciente es dado de alta de la UCI (por curación o mejoría, traslado a otro centro fuga o fallecimiento) y abandona una cama definida de UCI.
Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.
(Número entero)
17.2. Número de litros de PBA entregados en UCI (incluidas UCI pediátrica y neonatales).
(Número entero)
18. Especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma) ☐ Líquido ☐ Gel ☐ Espuma ☐ Otro
19. ¿Realizó su HOSPITAL en 2022 un mínimo de 30 observaciones por unidad (servicio), en al menos el 50% de estas, de los momentos 1 y 2 st 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
19.1. En caso afirmativo, describa:
19.1.1. Número de unidades (servicios) donde se realizaron las observaciones
19.1.2. Número total de oportunidades para la HM observadas para los momentos 1 y 2.



- **19.1.3.** Número total de acciones de HM realizadas con PBA o con agua y jabón correctamente para los momentos 1 y 2.
- **19.1.4.** Número total de acciones de HM realizadas correctamente con PBA para los momentos 1 y 2.
- **19.2.** 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)**
- **20.** ¿Ha realizado su HOSPITAL en 2022 el *Cuestionario de autoevaluación de la higiene de las manos* de la OMS con el fin de hacer un diagnóstico que permita identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención y mejora??

El Cuestionario de autoevaluación de la higiene de manos es una herramienta de que permite realizar un análisis
de situación de las prácticas de higiene de las manos en los centros sanitarios, basándose en la estrategia
multimodal de mejora de higiene de manos de la OMS.

Si	1 🔲	۷o
----	-----	----

Seguridad en el proceso quirúrgico

- **21.** Sobre los pacientes intervenidos de **cirugía programada no urgente** durante el 2022 en su HOSPITAL, indique:
 - 21.1. Número total de pacientes intervenidos

(Número entero)

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

(Porcentaje)



21.3. 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)
- **22.** 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....

Uso seguro del medicamento

- **23.** ¿Dispuso su HOSPITAL de un **protocolo** actualizado en 2022 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 intravenososos, estandarización de la prescripción, dosificación y seguimiento de concentración de soluciones, establecimiento de alertas de dosis máximas....).

T	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 2022)
No



24		e del	ben 🖷	impler														y circuitos crónicos
	-				cientes	s polim	edicados	s aquell	los qu	ıe tiene	en pre	scritos	s más d	e 5 m	edicar	nentos	al día.	
				•		ocume] N							
25	Dispuئ. proced																	olezca los
	0	Entre	e las a	ccione	s inclu	idas pa		nciliació	n deb	e con	star la	elabo	ración d	de un	listado	comp	leto y	evaluación exacto de la cial.
			Si (a	adjunta	a el pr	otocol	o de co	nciliaci	ión)] N	lo			
26		a de	utiliz	ación	de m	edica	mentos	en en	hosp									u ridad de l y áreas de
	0	Hosp Instit	pitales tute fo	es una r Safe	a adap Medica	tación e ation Pr	del <i>Med</i>	ication que ha d	Safety conce	y Self . edido la	Asses a licen	s <i>meni</i> icia pa	for Hos	s <i>pitals</i> so y h	s, cues na sido	stionari adapt	o regis ado po	entos en los strado por e or el Instituto
			Si				No											
		En ca Opcid		irmati	vo, ¿p	oodría	indicar	nos al	lgunc	os pur	ntos	de rie	esgo y	área	s de	mejor	a idei	ntificados?

Asistencia directa al paciente

27. Sobre los pacientes con ingreso superior a las 48 horas en 2022, indique;



27.1	. Número total	de pacientes dados de alta							
	(Nú	mero entero)							
27.2	. Número de pa	acientes que desarrollaron durante su estancia una úlcera por presión							
		tes con ingreso superior a 48 horas, excluir unidades de bajo o nulo riesgo de desarrollar úlceras por entes pediátricos. Si incluir UCI pediátrica y UCI neonatos.							
	Ulcera 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.								
	(Nú	mero entero)							
28. Sobre	e los pacientes	s hospitalizados en 2022, indique;							
28.1	. Número de a	ltas de hospitalización							
	(Nú	mero entero)							
28.2	. Número de pa	acientes que sufren una caída durante su hospitalización •							
	Se incluyen to	odas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquiera de las áreas del hospital							
	(Nú	mero entero)							
empl	eo de la conte	HOSPITAL en el año 2022 de un protocolo que establezca los pasos a seguir para el nción mecánica terapéutica , entendida como aplicación de un sistema de inmovilización s o desorientados ingresados?							
	☐ Si	(adjuntar el protocolo de contención mecánica terapéutica)							



☐ No

Uso seguro de radiaciones ionizantes

 ¿Recibió algún profesional de la unidad o servicional de la unidad del la unidad del la unidad del la unidad de la unidad del la unidad de la unidad de la unidad del la unidad del	•	
☐ Si ☐ No		
31. ¿Ha realizado su HOSPITAL un mapa de riesgos en los últimos 5 años actualizándolo en el caso de		
☐ Si (adjuntar el mapa de riesgos)	□ No	☐ No aplica
32. ¿Ha elaborado su HOSPITAL en 2022 un info radioterapia, según tipo de incidentes y grav implementadas?		
Si (adjuntar el informe)] No	
Implicación activa del pacien	te y ciudada	nía
33. ¿Disponía su HOSPITAL en 2022 de un plan de aspectos relacionados con su seguridad?	acogida para los pa	cientes ingresados que incluyera
Si (adjuntar el plan de acogida)	□ No	
34. Durante 2022, ¿se han desarrollado en su centro seguridad del paciente?	actividades para conci	enciar a pacientes y ciudadanía en
☐ Si ☐ No		



34.1. En caso afirmativo, adjunte la memoria de actividades, donde se incluya: el número, tipo y descripción de actividades realizadas con el número de participantes, registros, etc...

Autorización y comentarios

35	- Autorizo la	a publicación	de estos	datos de	forma agre	egada y a	anonimizada	con el f	in de g	generar	conocimie	nto
	científico	y difundir reco	omendacio	ones para	la mejora	continua						

່ Si	lc
------	----

- **36.** Si cree que falta algún indicador relacionado con un aspecto importante de la seguridad del paciente, indique cuál: (Opcional)
- **37.** 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: (Opcional)



Documentación a aportar en atención hospitalaria

Seguridad en la Organización

- ✓ Actas de las reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.
- ✓ Evidencias del cumplimiento de objetivos planteados por la Comisión de Seguridad del Paciente.
- ✓ 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
- ✓ **Evaluación del plan de seguridad del paciente** que describa los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.

Gestión de riesgos

- ✓ Informe de evaluación de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha.
- ✓ 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 victimas)

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 2022 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 intravenososos, 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
- ✓ **Memoria de actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía** en seguridad del paciente. Debe incluir el número, tipo y descripción de actividades realizadas con el número de participantes, registros, etc...



Cuestionario Atención primaria

Indicadores para la Seguridad del Paciente. Año 2022. Atención primaria

Estimado/a Referente de Seguridad del Paciente,

Como en años anteriores, os solicitamos información sobre los **indicadores** que se utilizan para evaluar el grado de desarrollo de las **principales líneas estratégicas de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA).**

En el cuestionario se solicitan documentos que evidencian el cumplimiento de estos indicadores, les recordamos que deben tenerlos disponibles para adjuntarlos, si procede. Puede verse la relación de documentos en el anexo 1.

Los datos aportados deben corresponder al año 2022.

Datos básicos

Provincia		Almería Huelva		Cádiz Jaén		Córdoba Málaga		Granada Sevilla		
lombre del distrito (o área de gestión sanitaria a la que pertenezca)										
		(11	,				
Indique el n	úmer	o de unidades de	su di	strito:						



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 2022 de una Comisión operativa de seguridad del paciente con una estructura organización y funciones definidas?
	Si No
	En caso afirmativo:
	 Indique el número de reuniones mantenidas por la Comisión de Seguridad del Paciente durante el año 2022
	1.2. Adjuntar las actas de las reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.
	1.3. Número de objetivos totales planteados por la comisión de seguridad del paciente para el año 2022
	1.4. Número de objetivos cumplidos por la comisión de seguridad del paciente durante el año 2022:
	1.5. Incluya los objetivos planteados en la comisión de seguridad del paciente e indique si se ha cumplido o no.



2.	¿Disponía su DISTRITO (o sus UGCs) en el año 2022 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?
	☐ Si (adjunta el plan de seguridad del paciente vigente)☐ No
3.	¿Se ha realizado una evaluación del plan de seguridad en los últimos 2 años , que describa los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales?
	☐ Sí (adjuntar la evaluación) ☐ No
4.	¿Se han incorporado en 2022 objetivos para la seguridad del paciente en los Acuerdos de Gestión de las unidades de su DISTRITO?
	☐ Sí ☐ No
	4.1. En caso afirmativo, indique el número de unidades de su DISTRITO que tenían algún objetivo relacionado con la seguridad del paciente en su Acuerdo de Gestión 2022:
G	estión de riesgos, aprendizaje y mejora continua
5.	¿En qué sistema de notificación de incidentes y aprendizaje* notificaron los profesionales de su centro durante 2022?
	Se excluyen los sistemas de notificación específicos de una especialidad o de un aspecto determinado (errores de medicación, reacciones adversas, hemovigilancia, quimioterápicos, úlceras, anestesia).
	notificASP (Notificación de incidentes y aprendizaje para la seguridad del paciente en Andalucía)



	☐ Sistema propio
	5.1. En caso de SI disponer de sistema de notificación propio, indique:
	1. Se consideran incidentes sin daño los riesgos, cuasiincidentes e incidentes sin daño.
	2. Se consideran incidentes gestionados aquellos que han sido analizado y que tienen asociadas acciones de mejora (estén evaluadas o no) o se ha resuelto sin necesidad de plantear acciones de mejora.
	Número total de notificaciones procedentes de Atención Primaria
	Número total de notificaciones de incidentes sin daño ¹
	Número total de notificaciones con daño
	Número total de notificaciones relacionadas con medicamentos
	Número total de notificaciones relacionadas con radiaciones ionizantes
	Número total de incidentes gestionados ²
	¿Se realizó en 2022 un análisis y evaluación global a nivel del DISTRITO de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha? Si (adjuntar informe de evaluación) No
7.	¿Dispuso su DISTRITO en el 2022 de algún plan que establezca los procedimientos y circuitos para el abordaje y gestión de eventos adversos graves?
	☐ Sí (adjuntar el plan) ☐ No
8.	¿Dispuso su DISTRITO en el 2022 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 victimas)?
	☐ Sí (adjuntar el plan) ☐ No



9.	En relación a la gestión proactiva de riesgos en su centro en 2022, indique el número de unidades en su centro que disponen de un mapa de riesgo elaborado/actualizado¹:
	 Se considerará actualizado si se ha revisado en los últimos 5 años.
	* Se recomienda tener disponibles los mapas de riesgos de las diferentes unidades para auditoría.
ld	entificación inequívoca de pacientes
10	¿Dispuso su DISTRITO (o sus UGCs) en el 2022 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
Hi	giene de las manos
11	Para calcular el consumo de productos de base alcohólica en su DISTRITO en el año 2022, indique:
	11.1. Número de consultas anuales (médicas, enfermería, pediatría, odontología, urgencias) tanto en el centro como el domicilio. NO INCLUIR CONSULTAS TELEFÓNICAS.
	(Número entero)
	11.2. Número de litros de productos de base alcohólica que fueron entregaron en su DISTRITO a las distintas unidades.
	(Número entero)
	11.3. Especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)
	☐ Líquido ☐ Gel ☐ Espuma ☐ Otro



el	50%	de es	las unidades de s stas, de los mome en su manual técr	entos 1	y 2 ^a sig	guiendo la						
		Mome	ento 1: Antes de tod	car al pad	ciente. M	Momento 2:	Antes de re	ealizar ur	procedimi	ento limp	io/aséptico.	
			Si	□ N	lo							
12	2.1. E	n cas	so afirmativo, des	criba:								
	1	2.1.1	. Número de un	idades	donde s	se realizaro	on					
	1	2.1.2	. Número total d	e consu	ultas del	DISTRITO) donde s	e realiza	aron			
	1	2.1.3	. Número total o	de oport	tunidade	es para la l	HM obser	vadas p	ara los m	omentos	1 y 2.	
	1	2.1.4	. Número total o los momentos		ones de	HM realiza	adas con	PBA o c	on agua y	/ jabón c	correctament	e para
	1	2.1.5	Número total 2.	de accid	ones de	HM realiz	adas corr	rectame	nte con P	BA para	los moment	os 1 y
12	r	o se i	so negativo, ¿pod realizaron en el n la metodología de	nenos e	l 50% d	e los cons					-	
de	la (OMS (nentado su DISTF con el fin de ha ención y mejora?	cer un						_		
	0	de si	lestionario de autoe tuación de las prá modal de mejora de	cticas de	e higiene	de las ma	nos en lo					
			Si		10							
						110						

Uso seguro del medicamento

		DISTRITO					lo actualizado en 2022 para el manejo de medicamentos			
0	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 (adjun	tar el pro	tocolo)			No			
proced	limien	tos y circ	uitos qu	e se d	eben im	pleme	o 2022 de un documento o protocolo que establezca los entar para la conciliación/revisión/adecuación de la ipatológicos ^o ?			
	Se co	onsideran p	acientes p	oolimedio	cados aqu	uellos c	que tienen prescritos más de 5 medicamentos al día.			
		Si (adjun	tar el pro	tocolo)			No			
Jso s	egı	ıro de	rad	iacio	ones	ior	nizantes			
_		-					los últimos tres años alguna formación acreditada en ción ionizantes?			
0	La fo	rmación red	cibida por	parte de	algún pro	ofesion	nal del servicio o unidad deberá estar acreditada.			
		Si		□ No)					



Implicación activa del paciente y ciudadanía

17.	Durante 2022, ¿se han desarrollado en su centro actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía en seguridad del paciente?
	☐ Si ☐ No
	17.1. En caso afirmativo, adjunte la memoria de actividades, donde se incluya: el número, tipo y descripción de actividades realizadas con el número de participantes, registros, etc
Autorización y comentarios	
18.	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.
	☐ Si ☐ No
19.	Si cree que falta algún indicador relacionado con un aspecto importante de la seguridad del paciente, indique cuál:: (Opcional)
20.	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: (Opcional)



Documentación a aportar en atención primaria

Seguridad en la Organización

- ✓ Actas de las reuniones de la Comisión de Seguridad del Paciente.
- ✓ Evidencias del cumplimiento de objetivos planteados por la Comisión de Seguridad del Paciente.
- 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.
- ✓ Evaluación del plan de seguridad del paciente que describa los resultados de la evaluación y el plan de difusión realizado para el conocimiento de todos los profesionales.

Gestión de riesgos

- ✓ Informe de evaluación de los incidentes notificados y las acciones de mejora puestas en marcha.
- ✓ 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 victimas).

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 2022 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/adecuación de pacientes polimedicados y/o pluripatológicos.

Implicación activa de pacientes y ciudadanía

✓ Memoria de actividades para concienciar a pacientes y ciudadanía en seguridad del paciente. Debe incluir el número, tipo y descripción de actividades realizadas con el número de participantes, registros, etc...







