

PLAN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

DEPARTAMENTO DE SALUD DE DÉNIA

15 Enero de 2020

Dña. Teresa Prats Catalá
Dr. Antonio Valdivia Pérez
Dr. Biel Fortuny i Organs



ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. La cultura de seguridad del paciente	7
3. Conceptos generales seguridad paciente	8
— Conceptos generales.....	8
— Modelo explicativo.....	11
— Magnitud e impacto del daño asociado a la atención sanitaria.....	14
— Factores clave para implantar un Plan de Seguridad de los Pacientes.....	22
4. Notificación, análisis y gestión de eventos adversos y centinela.....	24
5. Plan De Seguridad Del Paciente Del Departamento De Salud De Dénia.....	26
ANEXO I.....	44
LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES Y EVENTOS CENTINELA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA	



1. INTRODUCCIÓN

Se acepta universalmente que el principio *primum non nocere* (ante todo no perjudicar) es aún más pertinente actualmente que en la época de Hipócrates, puesto que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja y entraña más riesgos potenciales. A pesar de ello, las referencias habituales en materia de seguridad del paciente son escasas y se limitan a analizar incidentes esporádicos, sin que se genere un conocimiento útil y completo de los mismos que permita aprovechar su potencial de aprendizaje y evitar su reiteración futura. Las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, toman como punto de partida común el reconocimiento y aceptación de la existencia de estos problemas. La seguridad es, de este modo, un componente esencial del sistema de calidad que debe sustentar la mejora de la calidad, que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

La seguridad de los pacientes, entendida como la dimensión de la calidad asistencial que busca reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención sanitaria, es un aspecto clave dentro del ámbito asistencial que afrontan en la actualidad los sistemas sanitarios de todo el mundo. Su relevancia nace del imperativo ético de no maleficencia (“primero de todo, no hacer daño”), y del convencimiento de que no podemos permanecer impasibles ante los daños derivados de la atención sanitaria recibida.

Dimensiones de la Calidad Asistencial

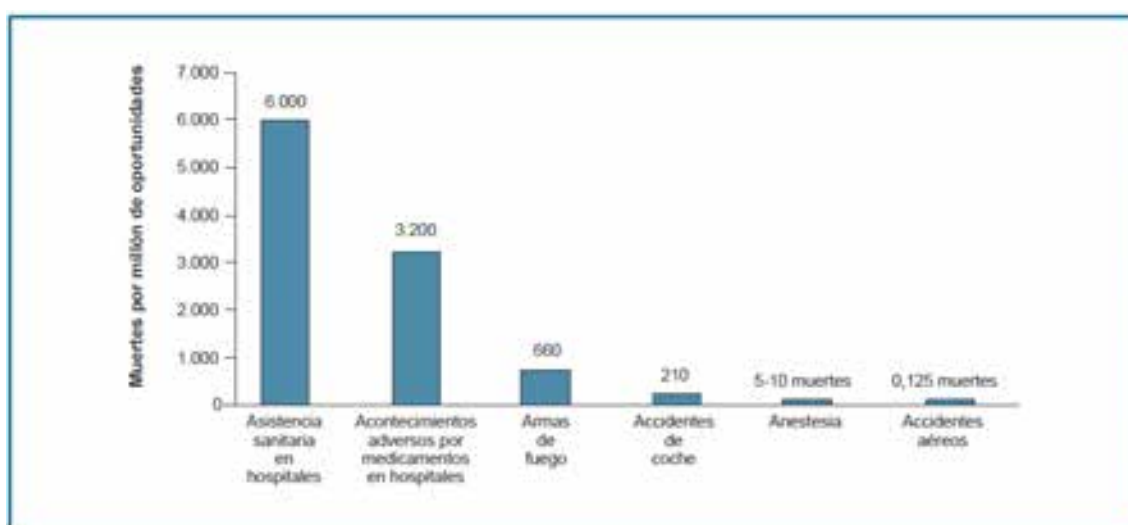




Las estructuras organizativas creadas para la gestión de la calidad en los centros asistenciales, la incorporación de modelos de certificación (ISO) y acreditación (JOINT COMMISSION), la gestión por procesos y la gestión clínica, intentan favorecer las mejores prácticas, disminuyendo la variabilidad y mejorando la efectividad de las actuaciones y su eficiencia, y por tanto contribuyendo a minimizar los errores derivados de la práctica asistencial.

Como la seguridad es una condición imprescindible para la calidad asistencial, para impulsarla, el sistema de salud tiene que desarrollar y mantener una cultura de la seguridad implicando a profesionales, pacientes, familiares mediante información, formación y participación activa de todos ellos ajustándose al papel que cada uno desempeña en el sistema de salud.

Hoy en día se reconoce y acepta que la provisión de asistencia sanitaria y el uso de medicamentos entrañan unos riesgos inaceptables en comparación con otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo. Con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, la exposición a la asistencia sanitaria o a los medicamentos en los hospitales se asocia a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y a los accidentes de tráfico (Shojania et al, 2002). Por ello, la identificación y la prevención de estos riesgos constituyen una prioridad para las autoridades y organizaciones sanitarias de numerosos países desarrollados, entre ellos España, y también para organismos internacionales, como la Unión Europea, el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud. Los errores asistenciales tienen consecuencias inaceptables para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima.



Número de muertes por millón de oportunidades para diferentes tipos de exposiciones



La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de efectos adversos (EA). Los EA ligados a la asistencia son un problema frecuente en la práctica clínica en cualquier nivel de cuidados. Se definen como los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad. Surgen como consecuencia de la interacción entre el sistema sanitario y sus profesionales con el paciente. Suponen un problema importante para la salud pública porque son frecuentes, su tendencia es creciente, tienen un gran impacto sanitario, económico, social e incluso mediático, y además muchos de ellos son potencialmente evitables.

A finales de los noventa, la seguridad de los pacientes adquiere una importancia global en el ámbito internacional a raíz de la publicación del informe del Institute of Medicine **“To err is human: building a safer health system”**, en el que se estima que cada año mueren en los Estados Unidos entre 44.000 y 98.000 personas por causa de los problemas de seguridad atribuibles a la atención sanitaria. Estas cifras adquieren un impacto cuando se compara con la mortalidad en la lista general de mortalidad del país, siendo la octava causa de mortalidad del país superando los accidentes de tráfico, el cáncer de mama y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. A partir de esta publicación hubo una proliferación de estudios en diferentes países que pusieron de manifiesto la evidencia de los incidentes derivados de la atención sanitaria.

En las últimas décadas, la atención sanitaria ha aumentado su complejidad, intervienen un mayor número de profesionales, existen diferentes fases asistenciales, nuevas tecnologías, tratamientos, otros procedimientos hacen que aumenten los riesgos potenciales de la aparición de incidentes que pueden comprometer la seguridad de los pacientes.

En el año 2002, la OMS en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra), aprobó la resolución WHA55.183 en la cual se insta a los diferentes Estados miembros a que prioricen la seguridad de los pacientes y establecer todo tipo de mejoras que dispongan de suficiente base científica. De esta manera, el objetivo prioritario son las estrategias de ámbito nacional e internacional que impulsen la mejora de la seguridad de los pacientes en todo el mundo. En la resolución referida, los Estados miembros de la OMS solicitaron a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones en el ámbito mundial, impulsando la investigación y apoyando el trabajo de los países para crear y poner en marcha normas de actuación concreta para mejorar la seguridad de los pacientes.

En el año 2006, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad promovió la **“Declaración de los profesionales por la seguridad de los pacientes”**, que fue firmada por 140 sociedades científicas, y en el año 2007 se promovió la **“Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad del paciente en el sistema nacional de salud”**.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), en su papel de garantizar la calidad de los servicios sanitarios que la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad le otorga,



ha incluido la seguridad de los pacientes como una de las estrategias destacadas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Plan de Calidad elaborado en 2009 por el SNS contempla 6 grandes áreas de actuación que se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción. Dentro del área 4 relacionada con el “Fomento de la excelencia clínica”, destaca la estrategia número 8 relacionada con “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios”; alguna de las estrategias están relacionadas con promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales; diseñar y establecer un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente; implantar a través de convenios con las comunidades autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en áreas específicas, etc.

El Ministerio impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas, que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones.

Tras diez años de desarrollo, en 2015 se publica una actualización para un nuevo quinquenio: Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, período 2015-2020), con el fin de tener un instrumento que de una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la Seguridad del Paciente en el SNS para este nuevo periodo. Este documento es la base conceptual del Plan de Seguridad del Paciente del Departamento de Salud de Dénia.

En la Comunidad Valenciana en 2009 se publicó el Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente 2009-2013. Un Plan que se desarrolló de forma participativa con decenas de profesionales y que permitió ordenar, controlar y profundizar las iniciativas y proyectos en seguridad del paciente para enfocarlos hacia un objetivo común, el de mejorar los resultados de seguridad de los pacientes atendidos por los dispositivos sanitarios de la Comunidad. La puesta al día de este Plan está pendiente de su aprobación por las autoridades de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Tan pronto como éste vea la luz adaptaremos nuestro Plan a las indicaciones de la Conselleria



2. LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Pronovost, en el año 2005 definió la cultura de la seguridad como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos que caracterizan el funcionamiento de un grupo o de una organización, es decir, la forma en que se sienten y se hacen las cosas, con el objetivo de minimizar los riesgos inherentes a la atención sanitaria.

Forman parte de la cultura en seguridad de los pacientes: el trabajo en equipo, la estandarización de procedimientos para reducir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la eficiencia y la efectividad, la atención centrada en el paciente, la mejora de la comunicación, fomentar el clima de lealtad, comunicación abierta y confianza entre gestores, profesionales y pacientes y participación en la toma de decisiones.

La cultura se considera un elemento esencial para minimizar los errores y los incidentes en una organización, siendo importante medirla para poder diseñar estrategias y poder mejorar la seguridad de los pacientes.

Podríamos decir que la cultura de seguridad de los pacientes es clave en el desarrollo de un sistema de gestión del riesgo asistencial en una organización. Es importante poner énfasis en sistemas proactivos para detectar los problemas antes de que sucedan, fomentar la comunicación abierta y la confianza entre gestores, profesionales y pacientes, ser capaces de reconocer los errores, aprender de ellos y actuar para rectificarlos. La promoción de una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias debe ser un reto tanto en el ámbito local, nacional como internacional.

Cinco son las estrategias que se utilizan habitualmente para potenciar la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias.

- **Definir estructuras necesarias para impulsar las estrategias**, por ejemplo la creación de núcleos de seguridad en los centros de salud y en las organizaciones integradas por profesionales que deberán aplicar las estrategias definidas en el ámbito macro y meso para mejorar la seguridad de los pacientes.
- **Medir la cultura de seguridad de los pacientes**, como hemos comentado anteriormente. En la actualidad disponemos del Medical Office Survey On Patient Safety Culture, que nos permitiría analizar la percepción de nuestros profesionales respecto a la cultura de la seguridad de los pacientes.
- **Disponer de un modelo que nos permita identificar puntos débiles en la organización, priorizar e implantar estrategias para mejorar.**
- **Potenciar las actividades de formación** en conceptos de seguridad de los pacientes, gestión de riesgo, instrumentos proactivos (análisis modal de fallos) o reactivos (análisis causa raíz).
- **Aprender a partir de los sistemas de notificación y registro de incidentes** relacionados con la seguridad de los pacientes. Lo que nos permite conocer los incidentes que se producen, aprender de los errores y evitar que estos se produzcan de nuevo, identificar puntos débiles del sistema y aumentar la consciencia sobre los problemas de seguridad.



3. CONCEPTOS GENERALES SEGURIDAD PACIENTE

3.1 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. CONCEPTOS GENERALES

Toda asistencia en sí misma implica un riesgo para el paciente. Ese riesgo se expresa en diferentes fenómenos producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema.

Para ilustrar las diferentes situaciones que pueden producirse utilizaremos como ejemplo la administración de un fármaco: entre los factores que pueden llevar a provocar que la administración de un fármaco atente contra la seguridad de un paciente podríamos encontrar un error de prescripción, por ejemplo, en el que la dosis indicada no haya sido la adecuada (posible fallo humano), una confusión entre dos envases casi indistinguibles (apunta más a un fallo del sistema), o la administración de un fármaco a sabiendas de que puede perjudicar al paciente (por ejemplo, la quimioterapia).

Suponiendo que las barreras han fallado (comprobación de la dosis o del principio activo contenido en el envase) y el fármaco ha sido administrado, esto puede tener repercusiones en el paciente o no, es decir, podría provocarle un perjuicio dependiendo del tipo de incidente y de las propias características del paciente. Así, de acuerdo a la taxonomía desarrollada por la OMS, podemos identificar los elementos que juegan un papel en la seguridad del paciente:

Suceso adverso: es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Los sucesos adversos que realmente han provocado daño al paciente se denominan **efectos adversos**.

Factor contribuyente: circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente, o que ha aumentado el riesgo de que se produzca éste. Dichos factores pueden ser externos a la organización, organizativos (por ejemplo, la inexistencia de protocolos), relacionados con el personal sanitario (un defecto de formación o una falta de supervisión) o relacionados con el paciente (por ejemplo, una conducta). Los factores contribuyentes podrían clasificarse en **errores humanos, fallos del sistema y características del paciente**.

La detección se define como una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente. Los mecanismos de detección pueden formar parte del sistema (por ejemplo, las alarmas en los circuitos de los respiradores) o pueden ser el resultado de un proceso de comprobación o de vigilancia.

Un factor atenuante se define como una acción o circunstancia que impide o modera la evolución de un incidente hacia la provocación de un daño al paciente. El



mecanismo del daño ya se ha iniciado, pero aún no ha producido el máximo daño posible (por ejemplo, la administración de un fármaco para anular la acción de otro).

Resultados para el paciente. Se dividen en:

- ✓ **Daño:** alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquélla.
- ✓ **Enfermedad:** disfunción fisiológica o psicológica.
- ✓ **Lesión:** daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.
- ✓ **Sufrimiento:** la experiencia de algo subjetivamente desagradable.
- ✓ **Discapacidad:** cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

Las **medidas adoptadas para reducir el riesgo** se definen como acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar un daño, o la probabilidad de que se produzca un daño asociado a un incidente. Dichas acciones pueden relacionarse directamente con los incidentes y factores contribuyentes, la detección, los factores atenuantes o las medidas de mejora, y pueden ser proactivas (antes de que suceda el incidente) o reactivas (a partir de los conocimientos adquiridos tras la observación del mismo).

Las medidas que se utilizan para disminuir la frecuencia de aparición del incidente o para aumentar la capacidad de su detección incluyen las denominadas **barreras del sistema**. Las medidas encaminadas a atenuar el impacto del efecto adverso en el paciente y las que pretenden restablecerlo incluyen los denominados **planes de contingencia**.

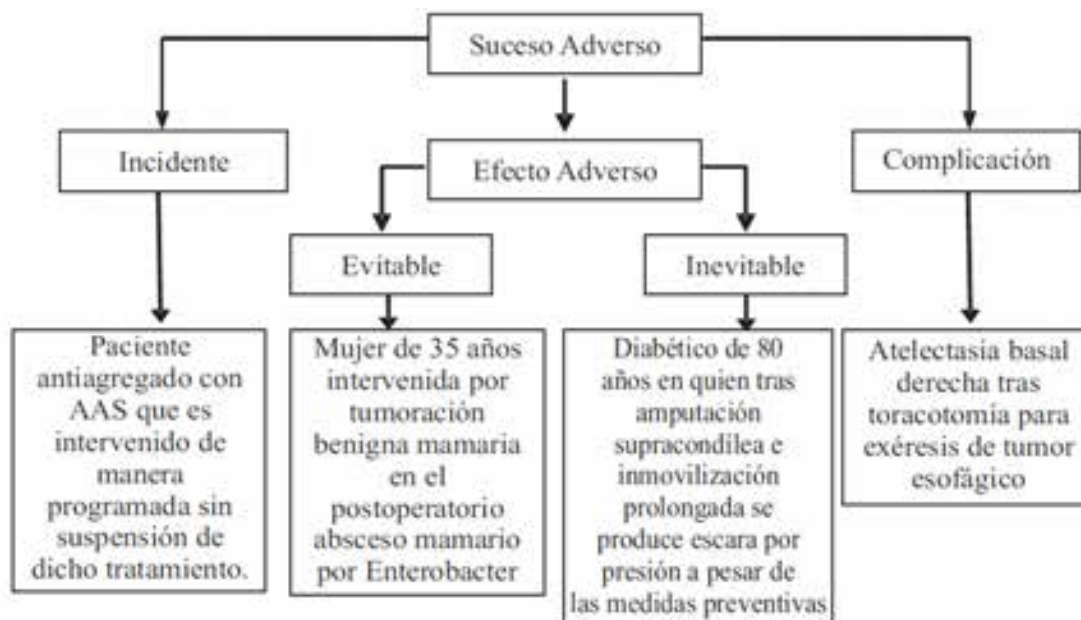
Aceptando pues este marco conceptual en el que cabe el riesgo mínimo irreductible que implica la asistencia sanitaria, se define como **seguridad del paciente** la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida. Es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales, y mejorarla depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema y supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren o mitigar sus consecuencias.

Entre **las dimensiones de la seguridad del paciente** encontramos, entre otras:

- Seguridad del entorno y de los equipos.
- Prevención de infecciones asociadas a los cuidados.
- Seguridad en el uso de los medicamentos.
- Procedimientos y prácticas clínicas seguras.
- Comunicación efectiva a diferentes niveles.



La seguridad del paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Los sucesos adversos como el conjunto de los efectos e incidentes adversos ligados a la atención sanitaria más que a las características del paciente y/o a la evolución de la enfermedad. De esta manera, distinguimos los sucesos adversos de las complicaciones.



Así pues, podemos decir que el concepto de efecto adverso está íntimamente ligado al de riesgo asistencial, que incluye cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. En torno al suceso adverso se asocian frecuentemente otros conceptos como errores, casi-errores, reacciones adversas medicamentosas, incluso negligencias y litigios, y aunque en ocasiones puedan guardar relación, en otras contribuyen a incrementar la confusión conceptual.

El suceso adverso tiene dos componentes fundamentales: el proceso (cómo ocurre) y el resultado (cuál es su consecuencia). Dependiendo de ambos elementos nos podemos encontrar con situaciones bien distintas: **incidentes** (hechos que no descubiertos o corregidos a tiempo pueden implicar problemas para el paciente) o **efecto** (suceso imprevisto e inesperado que produce daño al paciente). Ante una misma situación puede desencadenarse un incidente o un efecto, dependiendo de esos componentes.

Por ejemplo, ante un paciente con alergia conocida a la penicilina, el hecho de que un cirujano la prescriba puede ser el desencadenante de un efecto adverso, pudiendo ocasionar sólo una reacción dermatológica o ser el desencadenante de un angioedema y paro cardiorrespiratorio e incluso la muerte. Por el contrario, si la enfermera detecta



la incorrecta prescripción del cirujano, podría evitar el efecto y sus consecuencias y quedar el hecho reducido a un incidente (Aranaz et al 2006).

La otra cara de la moneda de los efectos adversos es la seguridad del paciente definida como la ausencia de perjuicios accidentales en el curso de la asistencia. Pero los pacientes, en particular los hospitalizados, son especialmente vulnerables, y aunque los efectos adversos pueden ocurrir en cualquier ámbito de la asistencia sanitaria: hospital, centro de salud, oficina de farmacia e incluso en el domicilio del paciente, habitualmente se detectan en los centros sanitarios (hospitales y centros de salud), siendo esta una consideración importante si intentamos monitorizar los sucesos adversos de tal modo que no siempre va a ser fácil distinguir entre los efectos adversos que van ligados a los cuidados, de aquellos que son facilitados por los factores de riesgo intrínseco, que no es exactamente lo mismo que los condicionados por la historia natural de la enfermedad.

3.2 EL MODELO EXPLICATIVO

En la década de los noventa, **James Reason**, profesor de psicología de la Universidad de Manchester, definió 2 estrategias para abordar los errores sanitarios:

- a) **Error centrado en el individuo**, culpabilizador, que señala a la persona como responsable del error y se basa en el miedo y la sanción para evitar que se vuelva a producir.
- b) **Error centrado en el sistema o sistémico**, centrado en la organización y que busca aquellos factores latentes y contribuyentes del sistema que favorecen que se produzca el error humano para poderlos identificar y así eliminarlos. Los humanos son falibles y los errores se producen hasta en las mejores organizaciones. Se identifican las “defensas o barreras” que pueden evitar un daño al paciente (definir procedimientos, listados de verificación, formación, competencias, etc.).

Reason utiliza el queso suizo como metáfora: el evento adverso se produce cuando se alinean diferentes agujeros, entonces el riesgo provoca un daño al paciente. En el modelo se representan, como lonchas de queso, las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de efectos adversos en el paciente, en tanto que sus agujeros representan sus imperfecciones. Cuando se produce un alineamiento simultáneo de los fallos de las barreras, algo que puede ocurrir con mayor o menor frecuencia, se produce el efecto adverso. No se trata de cambiar la condición humana, sino de cambiar las condiciones con que trabajan los profesionales.

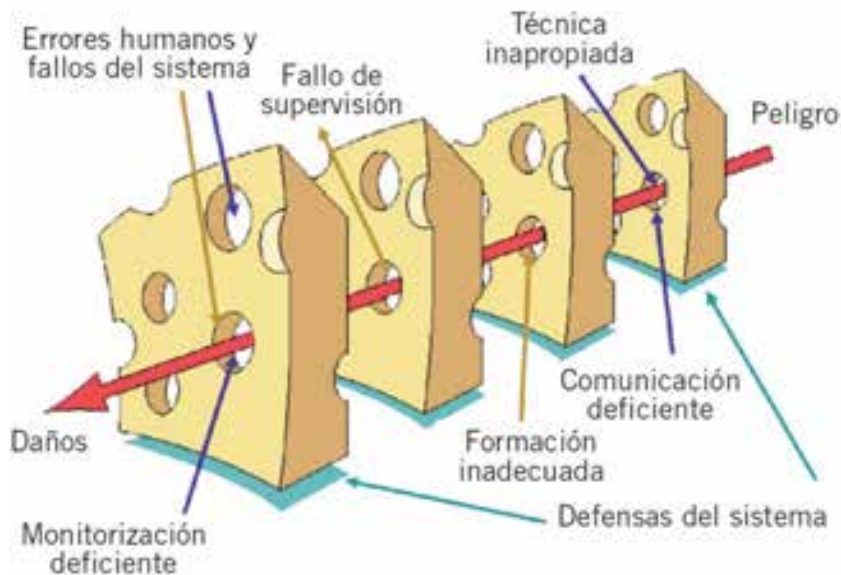
El enfoque correcto para implantar una estrategia de seguridad de los pacientes debe basarse en el enfoque sistémico, orientado a analizar el “qué” sucedió para evitar que este incidente le ocurra nuevamente a otro paciente y poder aprender de los errores, y nunca buscar el culpable (quién). Hablamos de daños provocados por el sistema, por



tanto, debemos buscar dónde ha fallado y establecer mejoras para que este incidente no le suceda a otro paciente.

Las bases teóricas del error según el modelo de **Reason** diferencian entre el error debido a la persona y el error del sistema. En el modelo se presentan un conjunto de lonchas de queso (barreras que pone el sistema para evitar el error) y las tareas de los profesionales que son la línea conductora que atraviesa los fallos de las barreras y que finalmente impulsa el suceso adverso.

El error individual se manifiesta en fallos activos, situaciones que dan lugar a que una acción no se realice adecuadamente o al incumplimiento de un protocolo o guía de actuación. Este error individual se puede estructurar en errores vinculados al proceso cognitivo del razonamiento pero también al factor humano como el cansancio, la sobrecarga laboral, la pobre organización del tiempo de asistencia entre otras.



El error relacionado con el sistema se fundamenta, en que partiendo de que el ser humano es falible, existen factores de la organización, donde el profesional lleva a cabo su actividad, que favorecen la aparición del error. A estos factores se les llama condiciones latentes del sistema. Estas condiciones latentes del sistema afectan al proceso de atención sanitaria en el sentido de no facilitar que este proceso se lleve a cabo en las mejores condiciones de trabajo posibles o bien apoyado con herramientas de recuerdo (checklist, alertas, interacciones,...) que reduzcan la comisión de un error clínico. Por ejemplo, omitir la realización de troponina en mujer diabética y obesa de 60 años que acude a urgencias por dolor precordial, con electrocardiograma in situ sin alteraciones, para poder descartar un episodio de síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Para reducir la incidencia del error sería conveniente elaborar un protocolo de actuación para el manejo de estos pacientes.



Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, como así lo han mostrado diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional. Aunque los resultados varían según la metodología utilizada en los diferentes estudios, se puede afirmar que alrededor del 10% de los pacientes ingresados en hospitales sufren algún EA como consecuencia de la atención sanitaria. Estos estudios muestran también que alrededor del 50% de estos EA podrían evitarse aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.



El impacto que los daños asociados a la atención sanitaria tienen para los pacientes y para la sociedad, fue puesto de manifiesto en el informe publicado en el año 1999 por el Instituto Americano de Medicina **“to err is human”**. Este informe fue decisivo para situar la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias de los países desarrollados y de diversas organizaciones internacionales, entre las que especialmente destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, la Comisión Europea y diversas agencias e instituciones académicas. Estas instituciones han venido desarrollando estrategias, planes, acciones y medidas legislativas con el fin de controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica.



3.3 MAGNITUD E IMPACTO DEL DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN SANITARIA

➤ Frecuencia de los eventos adversos a nivel internacional

La ocurrencia de EA en la atención sanitaria no es un problema nuevo. Los primeros estudios sobre este tema, con escasa repercusión, proceden del decenio 1950 -1960. No es hasta principios de 1990 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes (Harvard Medical Practice Study en 1991). Diversas investigaciones posteriores en multitud de países (Estados Unidos, Reino Unido, Australia, etc.), han ido alertando sobre las dimensiones del problema, pero es la publicación del estudio *To err is human: building a safer health system* en 1999, por el Instituto Americano de Medicina, el que logra situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costes económicos que ocasionan.

En el año 2000 la publicación de *"An Organisation with a Memory"*, pone en marcha el movimiento por la seguridad de los pacientes en Inglaterra e identifica cuatro aspectos críticos: unificar procedimientos de notificación y análisis; culturas organizativas más abiertas en las que los incidentes o fallos puedan ser comunicados y discutidos; monitorización de los cambios que se ponen en marcha para evitar el problema en el futuro y un enfoque sistémico que abarque la prevención, el análisis y el aprendizaje a partir de los incidentes y EA.

Diferentes estudios epidemiológicos publicados desde los años 90 han contribuido de forma importante al conocimiento de la magnitud, impacto y características de los eventos adversos ligados a la atención sanitaria. Los diferentes objetivos perseguidos y la diferente metodología utilizada en estos estudios explican las diferencias encontradas en la frecuencia de eventos adversos.

En la actualidad, asistimos a un crecimiento exponencial en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación destinados a aumentar el conocimiento sobre la incidencia y tipo de EA, y son numerosos los países que ya están abordado el problema y definiendo sus estrategias (Inglaterra, Dinamarca, Países Bajos, Suecia, Canadá, Francia, USA, España, etc.). Es destacable el esfuerzo económico implícito en muchas de estas estrategias, sirva como ejemplo la AHRQ (Agency of Health Research and Quality) que ha destinado, en los últimos años, 165 millones de dólares a la investigación en la seguridad de los pacientes.



Resultados de estudios empíricos sobre errores y EA en hospitales

ESTUDIO	TAMAÑO DE LA MUESTRA	FRECUENCIA DE ERRORES/EA
Steel et al 1981 (Steel, Gorman, Corvini, & Anderson, 1981)	870 pacientes admitidos en un servicio médico general de un hospital universitario americano	30% enfermedad iatrogénica 9% incidentes mayores 2% contribución en la muerte del paciente
California Medical Association, 1977 (Mills, 1977)	20.364 registros de 2 hospitales en California	4,6% de posibles eventos indetectables 0,8% eventos adversos negligentes
Harvard Medical Practice Study (Brennan, Leape, Laird, Robert, et al., 1991)	10.121 casos de 51 hospitales no-psiquiátricos de agudos en el estado de Nueva York durante el año 1984	1,7% frecuencia global de eventos adversos 1% eventos adversos negligentes (17,8% de todos los eventos adversos) 1,6% de los eventos adversos contribuyeron a la muerte
Quality in Australian Health Care Study (Wilson, Runciman, Gibbard, Harrison, et al 1991)	14.611 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South en Australia	16,8% eventos adversos globales (de los cuales el 51% fueron considerados prevenibles y el 4,9% contribuyeron a la muerte del paciente)
Utah & Colorado study (Thomas, Shubert, Burtis, Diaz, Brennan, et al., 2000a)	15.900 años de hospitales no-psiquiátricos en Utah y Colorado	2,9% eventos adversos globales (12,6% atribuibles a negligencia y en el 4,8% se produjo la muerte)
Revised Quality in Australian Health Care Study (Thomas, Shubert, Runciman, Webb, Brennan, et al., 2000b)	14.611 registros médicos de admisión de 28 hospitales de New South Wales y South de Australia, clasificados de acuerdo a los métodos de Utah/Colorado	16,8% eventos adversos globales
McCabe et al., 1992	44.602 procedimientos quirúrgicos realizados en un hospital durante el periodo de 1977-1990	6,3% de complicaciones; 10% de ellas atribuibles a error y el 4,1% de errores condujo a la muerte
O'Hara & Carson, 1997	Todos los años en 247 hospitales de agudos de Victoria, Australia en 1994-95	7% eventos adversos globales 1,6% eventos adversos contribuyeron a la muerte
Chen, Lee-Yee, Dixon, Schug et al 2002	6.579 años de 13 hospitales públicos de Nueva Zelanda en 1998	12,9% eventos adversos globales
Estudio (Norte 2 Hospitales ingleses (Wootton, Neale & Walsby-Smyth, 2001)	1.014 registros médicos y de enfermería	11,7% eventos adversos globales (10% catalogados como prevenibles y el 8% contribuyó a la muerte)
Fenn, Gray, Dickman, Dixon, et al 2002	Encuesta a 8.276 individuos de una muestra aleatoria de la población	1,6% de la población sabe más de los eventos adversos (infección, dolo o empobrecimiento)

➤ Frecuencia de los eventos adversos a nivel nacional

El punto de partida para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en España han sido los estudios ENEAS, APEAS, EARCAS y SYREC, promovidos por el MSSSI. El estudio EVADUR, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias, ha aportado también información útil en el ámbito de las urgencias.

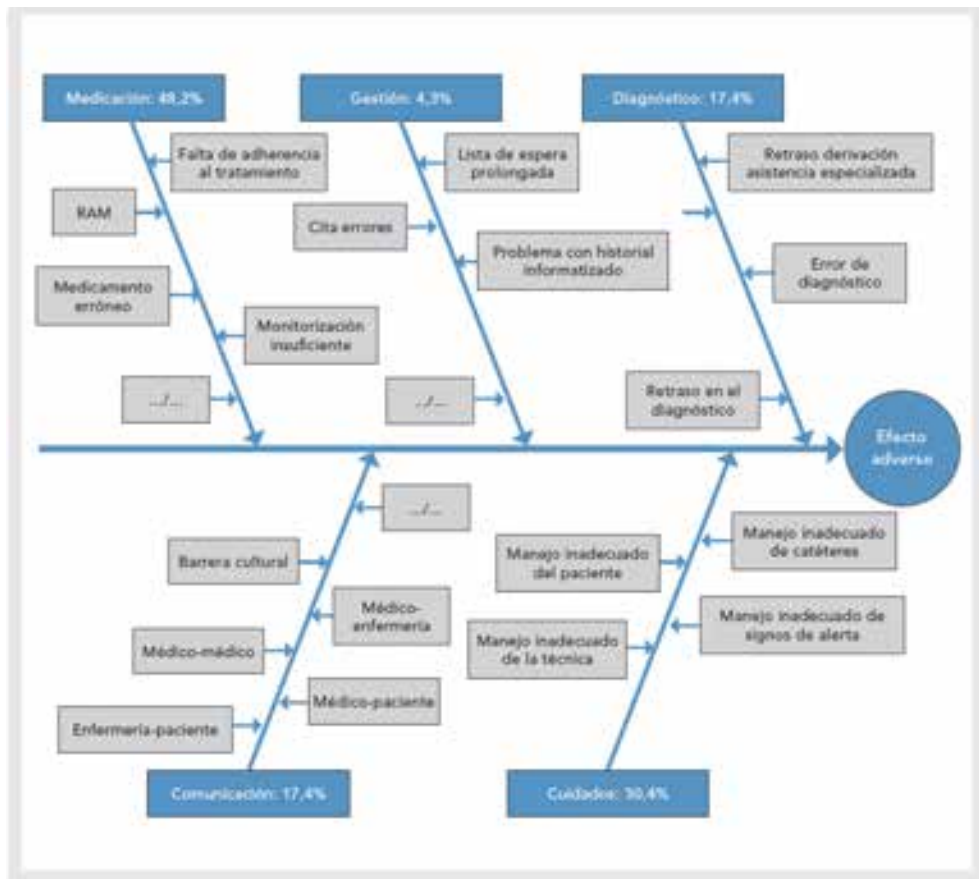
Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización (Estudio ENEAS): estudio retrospectivo de una cohorte de 5.624 pacientes ingresados en 24 hospitales públicos españoles, durante más de 24 horas, y dados de alta entre el 4 y el 10 de junio de 2005 (ambos inclusive). El total de estancias hospitalarias controladas fue de 42.714 días. La incidencia de pacientes con eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue de 9,3% (525/5.624), (IC 95%: 8,6% -10,1%). La densidad de incidencia fue de 1,2 eventos adversos por 100 pacientes-día (IC95% 1,1 – 1,3). La incidencia real de pacientes con eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos aquellos con origen en la atención primaria, consultas externas, y ocasionados en otro hospital) fue del 8,4% (473/5.624), (IC95%: 7,7% - 9,1%). A la incidencia real se añadían aquellos casos en los que un evento adverso había sido el origen del ingreso, para compensar en alguna medida las pérdidas por evento adverso post-alta.



Del total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, mientras que las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% y un 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. El 45% (n=295) de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,9% (n=255) moderados y el 16% (n=105) graves. En total, el 42,8% de los eventos adversos se consideraron evitables.

Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria (Estudio APEAS): estudio de prevalencia realizado sobre una muestra de oportunidad de 48 centros de atención primaria de 16 Comunidades Autónomas en el que participaron 452 profesionales. Se estudiaron los 96.047 pacientes que acudieron a consulta durante dos semanas del mes de junio de 2007.

La prevalencia observada de eventos adversos fue de un 11,18‰ de las consultas de atención primaria (IC95%: 10,52 - 11,85). La prevalencia de pacientes con algún evento adverso fue de 10,11‰ (IC95%: 9,48 - 10,74). Un 6,7% de los pacientes acumulo más de un evento adverso. El 54,7% (n=606) de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,0% (n=421) moderados y el 7,3% (n=81) graves.





El 47,8% de los eventos adversos (n=530) estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% (n=93) con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% (n=118) con algún procedimiento y el 6,5% (n=72) con los cuidados.

La mayoría de eventos adversos (64.3%) se consideraron prevenibles y sólo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación.

Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (Estudio SYREC): estudio de cohortes prospectivo realizado en 79 unidades de cuidados intensivos españolas basado en la notificación de incidentes por los propios profesionales. El riesgo de sufrir un incidente sin daño por el hecho de ingresar en la unidad de cuidados intensivos, expresado en mediana, fue del 73% y de sufrir un evento adverso del 40%. Los eventos adversos que aparecieron con más frecuencia fueron los relacionados con los cuidados y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. El 90% de todos los incidentes sin daño y el 60% de los eventos adversos fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables.

Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles (Estudio EVADUR): estudio prospectivo realizado en 21 servicios de urgencias entre octubre y diciembre de 2009. Durante 7 días se siguió la asistencia sanitaria ofrecida a una muestra de 3.854 pacientes. Al menos un 12% de los pacientes que fueron atendidos en un servicio de urgencias se vieron afectados por un incidente y el 7,2% presentaron un incidente con daño. Se halló evidencia de fallo de actuación en el 54,6% de los mismos. Los factores asociados con los incidentes estaban relacionados con el uso de medicamentos, el retraso en el diagnóstico y los fallos de comunicación. Se consideraron evitables el 70% de los eventos adversos.

Según los resultados de estos estudios se puede afirmar que la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria y su distribución por categorías en los hospitales españoles es similar a la de los estudios realizados en países americanos y europeos con similar metodología. El estudio ENEAS sirvió para poner en la agenda del SNS la prioridad estratégica de seguir las recomendaciones basadas en la evidencia; difundir las buenas prácticas; y aplicar el conocimiento disponible como garantía para la seguridad clínica. El estudio APEAS sirvió para poner de manifiesto que, aunque la frecuencia de los eventos adversos en el primer nivel asistencial era baja y de escasa gravedad, su etiología multicausal, la elevada probabilidad de prevención y la elevada frecuentación existente justificaban emprender acciones dirigidas a mejorar la seguridad del paciente en este nivel asistencial.



Estudios españoles sobre la frecuencia de eventos adversos en diferentes ámbitos asistenciales

Estudio	Año recogida datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total (%pacientes)	EA más frecuentes	NEA prevenibles
ENEAS ¹⁵	2005	Cohortes históricas	24 Hospitales	9,3%	Medicación (37,4%), IAAS (25,3%), Procedimientos (25%).	50%
APEAS ²⁶	2007	Prevalencia	48 Centros AP	10,11%	Medicación (47,8%), Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%), Procedimientos (10,6%).	70%
EARCAS ²⁷	2010- 2011	Cualitativo	Residencias y centros sociosanitarios	--	Cuidados, Medicación IAAS.	---
SYREC ²⁸	2007	Cohortes prospectivo	79 UCI/ 76 Hospitales	33,1%	Cuidados (26%), IAAS (24%), Medicación (12%).	60%
EVADUR ²⁹	2009	Prospectivo	21 Servicios de Urgencias	7,2%	Proceso de atención (46,2%), Medicación (24,1%) y Procedimientos (11,7%).	70%

- ENEAS: Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización. - APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.
- EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. - SYREC: Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.
- EVADUR: Eventos Adversos en Urgencias. - EA: Evento adverso. - IAAS: Infecciones asociadas con atención sanitaria

EPIDEA: Estudio de prevalencia de identificación de eventos adversos en los hospitales de la Comunidad Valenciana 2005–2008): es un sistema multicéntrico de vigilancia de los EA basado en el desarrollo de un estudio anual de prevalencia que desde 2005 viene realizándose en un numeroso grupo de hospitales de la Comunidad Valenciana. El sistema de vigilancia de EA es un instrumento metodológico puesto a disposición de los hospitales para ayudarlos a determinar su prevalencia de EA de forma homogénea, estandarizada y comparable con otros hospitales. Secundariamente, mediante la agregación de los datos recogidos permite obtener la prevalencia de infecciones para el conjunto de los hospitales participantes y, al repetirlo una vez al año, permite valorar la evolución temporal de la prevalencia de EA en los hospitales y ver qué estrategias de prevención se muestran más efectivas.



Prevalencia de pacientes con eventos adversos asociados a la asistencia sanitaria				
EPIDEA/resultados asociados a la asistencia sanitaria	2005	2006	2007	2008
Prevalencia de pacientes con algún EA, %	6,03	4,80	6,63	6,03
IC del 95%	5,34-6,72	4,15-5,45	5,92-7,34	5,35-6,72
Prevalencia de pacientes con EA por tamaño del hospital, %				
Hospitales grandes (\geq 500 camas)	5,13	2,19	6,45	5,57
Hospitales medianos (200-499 camas)	6,71	6,52	7,30	5,34
Hospitales pequeños (< 200 camas)	9,32	5,26	4,80	10,95
Edad, mediana (AI)				
Pacientes con EA	65,3 (26,5)	67,1 (26,7)	64,0 (30,5)	67,5 (28,3)
Pacientes sin EA	62,6 (37,3)	63,3 (37,7)	63,0 (34,0)	61,0 (39,0)
Prevalencia de pacientes con algún EA por sexo, %				
Mujer	5,44	4,74	5,55*	5,94
Hombre	6,58	4,88	7,60	6,12
Prevalencia de pacientes con algún EA según FRI, %				
Ausencia	3,52*	2,83*	5,18*	3,81*
Presencia	7,24	5,86	7,36	7,10

EA: evento adverso; EPIDEA: Estudio de Prevalencia de Identificación de Eventos Adversos; FRI: factores de riesgo intrínseco;
IC: intervalo de confianza.
*p<0,01.

Durante los 4 años estudiados participó una media de 20 hospitales de la Comunidad Valenciana cada año, con una media de 4.511 pacientes por año.

Prevalencia de eventos adversos asociados a la asistencia hospitalaria				
EPIDEA/resultados asociados a la asistencia hospitalaria	2005	2006	2007	2008
Prevalencia de pacientes con algún EA hospitalario, %	5,25	4,22	5,32	4,82
IC del 95%	4,61-5,90	3,60-4,83	4,68-5,97	4,20-5,44
Prevalencia de pacientes con EA por tamaño del hospital, %				
Hospitales grandes (\geq 500 camas)	4,40	1,99	5,25	4,23
Hospitales medianos (200-499 camas)	5,76	5,58	5,76	4,40
Hospitales pequeños (< 200 camas)	9,32	5,05	3,97	8,92
Prevalencia de pacientes con EA por servicio hospitalario, %				
Especialidades médicas	4,03	3,45	3,67	3,11
Especialidades quirúrgicas y ginecológicas	7,15	5,45	5,79	6,66
Obstetricia	0,45	2,06	3,19	2,30
Pediatría	4,01	1,74	9,24	3,63
UCI y afines	13,45	9,36	20,54	15,12
Prevalencia de pacientes con algún EA según FRE, %				
Ausencia	3,09*	2,56*	3,19*	1,66*
Presencia	6,21	4,72	5,90	5,65

EA: evento adverso; EPIDEA: Estudio de Prevalencia de Identificación de Eventos Adversos; FRE: factores de riesgo extrínseco;
IC: intervalo de confianza.
*p<0,01.

La prevalencia de EA en hospitales de la Comunidad Valenciana se mantuvo constante durante los 4 años del estudio, y osciló en torno al 6% Tabla inferior. Las prevalencias por servicio y tamaño de hospital pueden verse en la tabla posterior. Los factores causales de EA predominantes en los 4 años fueron los relacionados con la infección nosocomial (IN), los procedimientos y la medicación, en ese orden, aunque apreciamos



un aumento de los EA debido a IN en el periodo de estudio. Respecto a la gravedad, se observó una disminución del porcentaje de EA graves (el 31,5 en 2005 vs. el 17,8% en 2008). En relación con la evitabilidad, se apreció un aumento de la proporción de evitables desde un 50,8 a un 63,2% en 2008.

Causalidad e impacto de los eventos adversos en los hospitales de la Comunidad Valenciana (Estudio de Prevalencia de Identificación de Eventos Adversos 2005-2008)				
EPIDEA/resultados	2005	2006	2007	2008
EA ligados a la asistencia sanitaria, n	321	252	341	298
<i>Origen del EA, %</i>				
(C0) Periodo de prehospitalización	13,02	10,61	18,56	20,34
(C1) En la admisión a la planta	0,95	2,45	1,80	0,34
(C2) Durante un procedimiento	26,98	33,88	26,95	27,46
(C3) Durante una maniobra de reanimación o en la UCI	12,06	4,90	11,08	10,17
(C4) Durante los cuidados en la planta	45,08	42,86	38,32	39,32
(C5) En el asesoramiento al alta	1,90	5,31	3,29	2,37
<i>Naturaleza del EA, %</i>				
Relacionado con los cuidados	12,46	21,20	7,04	9,49
Relacionado con la medicación	14,95	14,40	10,26	11,53
Relacionado con una infección asociada a los cuidados	41,43	36,00	60,41	53,90
Relacionado con un procedimiento	23,36	24,80	16,72	18,31
Relacionado con el diagnóstico	1,56	2,40	0,59	2,03
Relacionado con otros	6,23	1,20	4,99	4,75
<i>Repercusión de los EA en la hospitalización (por paciente), %</i>				
No aumentó la estancia	24,69	15,13	16,73	30,08
Aumentó parte de la estancia	56,07	60,53	60,00	54,88
Causó un reintegro	19,25	24,34	23,27	15,04
<i>Gravedad de los EA (asociación lineal por lineal < 0,001), %</i>				
Leve o moderado	68,54	76,61	80,78	82,17
Grave (ocasionó muerte, incapacidad o reintervención)	31,46	23,39	19,22	17,83
<i>Evitabilidad de los EA (asociación lineal por lineal = 0,002), %</i>				
EA inevitable	49,22	44,10	41,44	36,84
EA evitable	50,78	55,90	58,56	63,16

EA: evento adverso; EPIDEA: Estudio de Prevalencia de Identificación de Eventos Adversos; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

➤ La opinión de los ciudadanos

En un estudio del **Eurobarometer** publicado en 2014, el 53% de los ciudadanos de la Unión Europea consideran que podrían sufrir daño al recibir atención hospitalaria (40% en atención ambulatoria). Además, el 27% de los encuestados (el 23% en España) manifestaron que ellos o sus cuidadores habían sufrido alguna vez daño en la atención hospitalaria.

En España el Barómetro Sanitario realizado en el año 2010 reveló que el 11,7% de los encuestados referían haber sufrido ellos o sus cuidadores un error durante la consulta con el especialista, el 11,5% durante el ingreso hospitalario, el 9,6% en la consulta de atención primaria y el 8% en el servicio de urgencias.



➤ El coste de los eventos adversos

Ante la dificultad de evaluar el coste de los daños asociados a la atención sanitaria y el ahorro que supone la implementación de programas en seguridad del paciente, una reciente publicación propone varios instrumentos para evaluar los costes asociados a los eventos adversos y el coste efectividad de las prácticas para prevenirlos.

En España, merece la pena mencionar dos trabajos publicados. El primero de ellos (**Antoñanzas, 2013**) estima que los costes de la no seguridad relacionados con la medicación, la infección nosocomial y los procedimientos quirúrgicos, en pacientes hospitalizados durante el año 2011 han supuesto **2.474 millones** de euros para el SNS español. Este trabajo se basó en el estudio de costes de la no seguridad, realizado por el MSSSI en el año 2008, para el cual se actualizaron los resultados conforme a los ingresos hospitalarios y al Índice de Precios de Consumo del año 2011.

El segundo trabajo (**Allué et al, 2014**) evalúa el impacto económico de la incidencia de eventos adversos en la atención hospitalaria española a partir de los datos al alta de pacientes atendidos mediante ingreso en los hospitales pertenecientes a la Red Española de Costes Hospitalarios entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2010 e incluyen 245.320 episodios, con un coste de 1.308.791.871 euros. Aproximadamente 17.000 episodios (6,8%) sufrieron un evento adverso, lo que representa un 16,2% del coste total. Los eventos adversos, ajustados por el Grupo **Relacionado por el diagnóstico (GRD)**, añaden un coste incremental medio que oscila entre **5.260 € y 11.905 €**. Seis de los diez eventos adversos con mayor coste incremental son posteriores a intervenciones quirúrgicas. El coste incremental total de los eventos adversos es de 88.268.906D, un 6,7% adicional del total del gasto sanitario.

Eventos adversos con mayor coste incremental, según el número de eventos adversos y estratificado por el grupo relacionado con el diagnóstico. Red Española de Costes Hospitalarios (2008-2010)

	Nº casos con eventos adversos	Incidencia de eventos adversos	Coste incremental medio (€)	Coste incremental total respecto al coste total de los episodios* (%)	Coste incremental total (€)	
Un evento adverso						
1	Infección del tracto urinario	8.885	2,81%	2.159	29,7%	14.866.626
2	Fallo respiratorio posquirúrgico	1.251	0,51%	11.107	41,6%	13.894.604
3	Infección de herida quirúrgica	1.200	0,49%	9.657	52,5%	11.588.004
4	Hemorragia o hematoma posquirúrgico	2.686	1,09%	3.498	31,5%	9.396.063
5	Infección por la atención sanitaria (urgis)	164	0,07%	11.637	64,2%	1.908.511
6	Úlcera por decúbito	726	0,30%	2.577	36,8%	1.871.090
7	Complicación prótesis EuroDRG	243	0,10%	7.024	52,6%	1.706.857
8	Trombosis venosa profunda o tromboembolia pulmonar posquirúrgica	213	0,09%	7.646	48,7%	1.628.540
9	Neumonía intrahospitalaria posquirúrgica	161	0,07%	6.695	42,7%	1.077.842
10	Posición accidental o laceración posquirúrgica	250	0,10%	4.026	36,3%	1.006.417
Total	14.978	6,11%	4.047	37,1%	80.622.128	
Dos eventos adversos						
	1.536	0,62%	13.659	54,3%	20.843.778	
Tres o más eventos adversos						
	278	0,11%	24.471	64,7%	6.803.001	
Total	16.789	6,84%	5.260	41,5%	88.268.906	

* Cálculo obtenido a partir de la diferencia entre el coste total de los episodios, ajustados por GRD, y el coste incremental total de los eventos adversos.



3.4 FACTORES CLAVE PARA IMPLANTAR UN PLAN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

Existen unos factores clave que Marina Salud deberá tener en cuenta para garantizar el éxito de la implantación del plan de seguridad de los pacientes:

- **El compromiso de la dirección.** Aunque las actividades del plan de seguridad de los pacientes las llevarán a cabo los profesionales del departamento, el desarrollo de dichos planes no es posible sin el compromiso y liderazgo de los directivos de la organización. Sin la promoción y reconocimiento por parte de los líderes de las actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes, estas pueden fracasar. La designación de un referente de seguridad en el equipo es función de la dirección, así como la introducción de objetivos específicos y la dinámica de trabajo en seguridad de los pacientes.
- **El enfoque hacia el sistema.** El enfoque hacia el sistema es clave dado que pone énfasis en la contribución de la organización Marina Salud (sistema) en la aparición de errores, y no únicamente en el individuo. Este enfoque, tanto en el análisis de problemas y eventos adversos como en el planteamiento de estrategias preventivas y correctivas, es fundamental para desarrollar una buena cultura de la seguridad e implantar adecuadamente el plan de seguridad de los pacientes.
- **Los modelos de seguridad de referencia.** Tener un modelo que sirva como referencia facilitará la implantación del plan de seguridad de los pacientes. Se pueden utilizar modelos existentes que determinan en cierta manera aquellos aspectos más relevantes en la seguridad de los pacientes. En este sentido, modelos como los propuestos por *la Joint Commission International* o los *7 pasos para la seguridad de los pacientes* del National Health Service del Reino Unido pueden servir de referencia como enfoque del plan.
- **La cultura de seguridad.** la cultura de la seguridad en las organizaciones comprende, entre otros, el trabajo en equipo, la estandarización de procedimientos para reducir la variabilidad de la práctica clínica, la atención centrada en el paciente y la mejora de la comunicación. Todos estos aspectos son elementos esenciales para desarrollar estrategias encaminadas a la minimización de errores, la disminución de incidentes y la mejora de la seguridad de los pacientes. Por otro lado, esta cultura debe impregnar a toda la organización, por lo que el plan de seguridad de los pacientes se debe enmarcar en el plan estratégico del departamento.
- **La comunicación, el aprendizaje de los errores y la prevención de daños.** Es imprescindible insistir en la necesidad, por un lado, de integrar la comunicación de los errores dentro de los equipos (en el apartado sobre sistemas de notificación-SINEA- se trata sobre este tema) para aprender de ellos en el sentido de establecer medidas preventivas para que no ocurran de nuevo y, por otro lado, adoptar una



forma de trabajo dirigida al análisis de los riesgos potenciales y la actuación antes de su ocurrencia. Otro aspecto es la comunicación de los errores a los pacientes. Es necesario desarrollar una estrategia de comunicación con los pacientes: cómo reconocer el error, dar explicaciones, investigar el caso y dar apoyo al afectado. En el entorno español se dispone de poca experiencia en la comunicación entre el sistema sanitario/profesionales y los pacientes en cuanto a eventos adversos producto de la atención sanitaria. Consideramos que éste es un ámbito de trabajo futuro.

- **La participación de los profesionales.** La implicación de nuestros profesionales en la seguridad de los pacientes es otro factor clave sin el cual no se podrá desarrollar adecuadamente el plan de seguridad de los pacientes. Esta implicación es necesaria tanto en la identificación de problemas como en el análisis, el diseño de intervenciones y la aplicación de estas. La dirección debe, a través de la designación de una estructura funcional determinada (Medicina Preventiva y Seguridad Clínica) y la promoción de la cultura de la seguridad, facilitar e incentivar esta implicación de las personas del equipo. Por otra parte, los profesionales implicados en los eventos adversos pueden sufrir las consecuencias de estos. Pueden presentar sentimientos de culpa, ansiedad ante lo que puede sucederle al paciente, preocupación por la reacción de los compañeros y sobre las repercusiones en su lugar de trabajo como efectos más destacables. En este caso, estos profesionales son los conocidos como segundas víctimas. El profesional implicado debe recibir un trato justo y respetuoso por parte de todos, y en todo momento se debe mantener la confidencialidad de la información relacionada con el evento. Es importante que puedan recibir apoyo de la organización (desde apoyo anímico hasta apoyo legal) durante y después de la investigación del suceso. Un factor clave para poder afrontar estas situaciones es la formación previa en la comunicación del error al paciente.



4. NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELA.

Aprender de los errores impulsando el desarrollo de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos (efectos adversos o incidentes) fue uno de los programas iniciales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente es un objetivo prioritario en la mejora de la calidad de los sistemas sanitarios, lo que ha llevado a la búsqueda de herramientas que permitan mejorar el conocimiento del origen de sucesos adversos.

Un elemento primordial para elaborar estrategias adecuadas y evaluar su impacto en la seguridad es disponer de una información adecuada sobre los efectos adversos. Esto ayuda a conocer los riesgos que se afrontan, la capacidad de controlarlos, la probabilidad de que ocurran y su impacto. Una de las principales dificultades para ello es la creencia, todavía no totalmente erradicada, de considerar los efectos adversos consecuencia de fallos individuales de malos profesionales. Cuando un efecto adverso se produce, además de los posibles factores humanos, indica que los sistemas y estructuras de la organización no fueron efectivos para evitarlo.

Es necesario difundir como punto de partida de cualquier actuación exitosa, que un efecto adverso es una oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y por tanto una oportunidad de mejora. Debe crearse el marco adecuado, incluido el normativo, para evitar que el temor a la responsabilidad individual impida la adopción de medidas de mejora consecuencia del conocimiento de los efectos adversos.

Desde un punto de vista histórico, los eventos adversos se han abordado desde las sesiones de morbilidad y mortalidad y desde el registro de las reclamaciones y sugerencias de los pacientes. Estas siguen siendo fuentes de información muy útil, así como los sistemas de auditoría de historias clínicas u otros registros clínicos, que permiten conocer la frecuencia de los problemas de seguridad del paciente y, en algunas ocasiones, las causas.

La creación de sistemas de registro y notificación de incidentes/eventos adversos puede complementar las fuentes anteriores. El informe del Institute of Medicine (IOM, 2000) estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia.

Un sistema de notificación y registro de incidentes adversos y problemas de seguridad requiere por tanto la implicación de los profesionales. Estos sistemas no tienen como objetivo conocer la frecuencia de efectos adversos, sino obtener información sobre los acontecimientos que llevan a su producción. La mayoría de los efectos adversos presentan patrones sistemáticos y son por ello recurrentes.



El análisis de los elementos que pueden llevar a una atención insegura en un centro sanitario puede contribuir a reducir el número de incidentes capaces de ocasionar daños a los pacientes. Se puede aprender de cada incidente ocurrido, ya sea un evento adverso o un incidente sin daño, utilizando la propia experiencia para reducir el riesgo de que ocurra uno nuevo.

Sin embargo, la gestión del conocimiento generado por este tipo de análisis solo es posible si se cuenta con sistemas de notificación funcionales que garanticen la recolección de los datos relacionados con los incidentes y eventos adversos de forma estructurada y según pautas que permitan su codificación, el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la diseminación de la información a los profesionales.

Los sistemas de notificación de eventos adversos pueden ser de dos tipos: obligatorios, orientados a la búsqueda de la responsabilidad, se centran en episodios que producen lesiones graves o muertes, y voluntarios, que proporcionan información útil para la mejora de la seguridad, centrándose en los incidentes (donde no ha habido daño) o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de casos previos.

En España hay diferentes iniciativas de sistemas de registro y notificación de eventos y de errores de medicación en los ámbitos local y autonómico. Sin embargo, los que tienen una mayor cobertura se relacionan con la notificación de errores de medicación. Se destaca el Sistema Español de Farmacovigilancia (<http://www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/home.htm>), el Sistema de Notificación del Instituto para el Uso Seguro del Medicamento (<http://www.ismp-espana.org>), el Programa de Prevención de Errores de Medicación de Cataluña (<http://errorsmedicacio.org>) y el Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (<http://www.sensar.org>). Impulsado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian, se desarrolló **el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)**.

La **Comunidad Valenciana** en 2013 implantó definitivamente **el Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SINEA)**. La declaración es voluntaria y anónima y su finalidad es no punitiva sino dirigida a “aprender de los errores” y cualquier profesional del Sistema Sanitario Público Valenciano puede acceder al sistema. En cada hospital hay uno o varios responsables del sistema cuya misión es la de revisar todas las notificaciones habidas y la de impulsar las acciones que procedan. En el hospital de Denia el servicio que recibe y valida las notificaciones del personal es Medicina Preventiva y seguridad del paciente. Si la persona que notifica el evento adverso aporta datos identificativos, se le envía un e-mail agradeciendo su colaboración y compromiso.



5. PLAN DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE DÉNIA

5.1 LÍNEAS ESTRATÉGICAS

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

- **Objetivo general: mejorar la cultura de seguridad entre los profesionales del DSD.**

Objetivo específico 1: elaboración, implementación y difusión de un plan de seguridad del paciente.

- Actualizar el plan de acción en seguridad del paciente con objetivos anuales, evaluación y plan de difusión de resultados.

Objetivo específico 2: promover el liderazgo de los profesionales para asegurar la consecución del plan de seguridad del paciente.

- Incorporar líderes clínicos que promuevan la implantación, desarrollo y evaluación de prácticas clínicas seguras.

Objetivo específico 3: evaluación del clima de seguridad de la organización y difusión de sus resultados, como ayuda a la implementación de prácticas seguras.

- Evaluar periódicamente, a través de instrumentos validados, el clima de seguridad de Marina Salud como ayuda al conocimiento de los puntos débiles y fuertes con respecto a la seguridad del paciente.

Objetivo específico 4: formación básica en seguridad del paciente de todos los profesionales, en todos los niveles de su formación y desarrollo.

- Actualizar el plan de formación básico en seguridad del paciente para trabajadores de Marina Salud.
- Incluir la seguridad del paciente como uno de los aspectos a abordar en los planes de acogida de nuevos profesionales.

Objetivo específico 5: difundir las experiencias sobre seguridad del paciente tanto en el ámbito interno como en el exterior de la organización.

- Identificar, difundir y compartir información y experiencias sobre seguridad del paciente a través de medios internos (sesiones clínicas, intranet...) y externos (congresos, publicaciones...).

Objetivo específico 6: favorecer la difusión de recomendaciones para evitar cuidados sanitarios de escaso valor o perjudiciales para el paciente.

- Identificar y difundir de forma periódica las recomendaciones actualizadas para evitar cuidados sanitarios de escaso valor o perjudiciales para el paciente.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS.

- **Objetivo general 1: promover el uso seguro del medicamento.**

Objetivo específico 1: fomentar la prescripción electrónica asistida con sistemas de ayuda a la decisión clínica de probada efectividad.

- Continuar la implementación en Cerner sistemas de ayuda a la decisión clínica que estén disponibles para todos los profesionales sanitarios.

Objetivo específico 2: fomentar la implantación de prácticas seguras con los medicamentos de alto riesgo.

- Establecer intervenciones específicas dirigidas a evitar los errores más frecuentes con los medicamentos de alto riesgo.
- Estandarizar los procedimientos de preparación y administración de los medicamentos inyectables y de la nutrición parenteral.
- Establecer recomendaciones sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos.

Objetivo específico 3: promover la conciliación de los medicamentos durante las transiciones asistenciales.

- Establecer procedimientos de conciliación con la colaboración de todos los actores implicados (profesionales responsables del paciente, paciente/cuidador, farmacia comunitaria...).

Objetivo específico 4: impulsar el abordaje de iniciativas de mejora de la seguridad del uso de medicamentos, especialmente en pacientes crónicos polimedicados y en pacientes pediátricos.

- Revisar de forma sistemática la medicación en los pacientes crónicos polimedicados, para detectar o prevenir eventos adversos, garantizar la adecuación y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Establecer intervenciones específicas dirigidas a evitar errores de medicación en la atención a pacientes pediátricos (formación, difusión de guías, etc.).

Objetivo específico 5: formación de los profesionales sanitarios sobre el uso seguro de los medicamentos.

- Desarrollar acciones de formación dirigidas a los profesionales sanitarios sobre el uso seguro de los medicamentos.

Objetivo específico 6: formación de los pacientes y cuidadores sobre el uso de los medicamentos, fomentando su participación activa en los tratamientos.

- Desarrollar programas de información y formación a los pacientes/cuidadores, especialmente polimedicados o con medicamentos de alto riesgo, en todos los niveles asistenciales.



Objetivo específico 7: promover la notificación de incidentes relacionados con el uso de medicamentos a través de los sistemas de notificación existentes.

- Mantener y mejorar la notificación de errores e incidentes por medicamentos a través de SINEA, incluyendo el análisis y evaluación de la información generada y la difusión de recomendaciones oportunas.

Objetivo específico 8: autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en Marina Salud.

- Realizar una autoevaluación periódica de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos, utilizando instrumentos estandarizados y establecer recomendaciones para la mejora.
- Incrementar la vigilancia y supervisión del uso seguro del medicamento por parte del Área de Farmacia.

• Objetivo general 2: promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Objetivo específico 1: mantener un programa de higiene de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.

- Preservar y consolidar las acciones desarrolladas para la mejora de la adherencia a la higiene de las manos de los profesionales y de pacientes/cuidadores, en atención hospitalaria y primaria.

Objetivo específico 2: mantener y fomentar los programas de prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en pacientes críticos.

- Mantener los programas desarrollados para prevenir y controlar las bacteriemias relacionadas con catéteres (protocolo Bacteriemia Zero), las neumonías asociadas a ventilación mecánica (Neumonía Zero), las infecciones urinarias (ITU Zero) y las infecciones por microorganismos resistentes en las unidades de atención a pacientes críticos o de especial riesgo (Resistencia Zero). Mantener la vigilancia sistemática y prospectiva de infecciones en la UCI dentro del grupo ENVIN-HELICS.

Objetivo específico 3: mantener un programa para la prevención y el control de las infecciones del sitio quirúrgico.

- Mantener un sistema de vigilancia de infección del sitio quirúrgico con indicadores que permitan el control de su evolución y la comparabilidad de resultados entre centros y servicios.

Objetivo específico 4: mantener un programa de uso racional y optimizado de antimicrobianos.

- Mantener el programa de optimización del uso de antibióticos para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos y extenderlo a la Red asistencial.



Objetivo específico 5: promover la prevención y control de las resistencias antimicrobianas, con especial atención al control de la difusión de microorganismos multirresistentes.

- Mantener y extender los programas existentes para la prevención de la infección y transmisión de microorganismos multirresistentes a diferentes unidades asistenciales, especialmente a aquellas con alto riesgo.

Objetivo específico 6: mantener estrategias multidisciplinarias para la identificación y tratamiento temprano de la sepsis.

- Mantener y evaluar periódicamente acciones específicas para la detección y tratamiento precoz de pacientes con sepsis/sepsis grave y shock séptico.

Objetivo específico 7: coordinar las actividades de Marina Salud con los programas de prevención y control de infecciones en el ámbito de los centros socio sanitarios.

- Establecer programas para mejorar la coordinación en el control de infecciones entre Marina Salud y los centros sociosanitarios del Departamento.

Objetivo específico 8: mantener un sistema de vigilancia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria con indicadores que permitan el control de su evolución y la comparabilidad de resultados entre centros y servicios.

- Mantener un equipo multidisciplinar especializado en la vigilancia y el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Mantener y evaluar periódicamente reglas de detección en la historia clínica electrónica que faciliten la detección de infecciones asociadas a la atención sanitaria y el cálculo de indicadores.
- Mantener un programa para prevenir y controlar las flebitis asociadas a catéter venoso de inserción periférica.
- Mantener un programa para prevenir y controlar las infecciones asociadas a catéter urinario.

• **Objetivo general 3: promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.**

Objetivo específico 1: promover la implantación y el uso correcto del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía.

- Adaptar periódicamente el Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía y evaluar su uso adecuado, tanto en cirugía hospitalaria como extra hospitalaria.
- Promover el marcado del sitio quirúrgico como práctica rutinaria así como recomendaciones a los pacientes en este sentido.

Objetivo específico 2: promover la adopción de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en anestesiología.

- Difundir e implementar las recomendaciones de Helsinki de seguridad en anestesia.



Objetivo específico 3: promover la formación específica en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.) en los profesionales del bloque quirúrgico.

- Mantener acciones de formación para los profesionales del bloque quirúrgico en aspectos no técnicos (comunicación, trabajo en equipo, etc.).

Objetivo específico 4: mejorar la comunicación en la transferencia del paciente de quirófanos a reanimación, unidad de cuidados intensivos y al alta.

- **Objetivo general 4: promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.**

Objetivo específico 1: fomentar el desarrollo de planes de cuidados de enfermería individualizados adecuados a las necesidades de cada paciente.

- Mantener en el plan de cuidados acciones para informar a los pacientes y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
- Mantener en el plan de cuidados de la historia clínica y del informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos del paciente, debido a su situación clínica, y la aplicación de los cuidados necesarios para su prevención y tratamiento.
- Desarrollar planes de cuidados específicos, que incluyan la valoración integral del paciente en atención domiciliaria, a pacientes inmovilizados y terminales.

Objetivo específico 2: promover la inclusión de aspectos de seguridad del paciente en el plan de cuidados de la historia clínica del paciente y en el informe de alta.

- Mantener un plan de cuidados individualizados (en paciente ingresado o en domicilio) que haga referencia, al menos, a los siguientes aspectos relevantes para la seguridad del paciente:
 - o Prevención de caídas y lesiones asociadas.
 - o Prevención de úlceras por presión.
 - o Prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
 - o Seguridad en la contención física de los pacientes que lo requieran.
 - o Prevención de la malnutrición y deshidratación, especialmente en pacientes ancianos.
 - o Prevención de la broncoaspiración.
 - o Asistencia segura al paciente frágil.
 - o Prevención y control del dolor en el adulto y en el niño, atendiendo a las necesidades y preferencias de los pacientes y sus cuidadores.
- Mantener y evaluar periódicamente mecanismos a nivel hospitalario y extra hospitalario para identificar pacientes no identificables y diferenciar adecuadamente aquellos con identificadores similares (mismo nombre, etc.).

- **Objetivo general 5: promover la identificación inequívoca del paciente**

Objetivo específico 1: promover la identificación inequívoca del paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto.



- Mantener y evaluar periódicamente acciones para la correcta identificación del paciente que incluyan:
 - o Utilizar al menos dos identificadores únicos del paciente. Utilizar preferentemente métodos de identificación automatizados.
 - o Comprobar la identificación del paciente en cada procedimiento, especialmente en los de alto riesgo.
 - o Establecer sistemas estandarizados de identificación inequívoca de pacientes y de aquellos con riesgos específicos.
 - o Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de verificarla, al menos ante cualquier intervención de riesgo.
 - o Incorporar activamente al paciente/cuidador en el proceso de identificación.
 - o Realizar una evaluación y seguimiento del proceso de identificación.

Objetivo específico 2: promover la identificación inequívoca de los pacientes con riesgos específicos.

- Mantener y evaluar periódicamente la identificación inequívoca recién nacido antes de salir del paritorio y en presencia de la madre o familiar, siempre que sea posible.

Objetivo específico 3: asegurar la identificación inequívoca de las muestras biológicas determinantes para el diagnóstico.

- Etiquetar las muestras biológicas y pruebas de imagen en el mismo momento de su obtención.
- Mantener acciones que aseguren la trazabilidad de muestras biológicas desde el origen de obtención de la muestra.

Objetivo específico 4: fomentar la identificación inequívoca de los documentos clínicos del paciente.

- Comprobar inequívocamente la titularidad del documento clínico de cada usuario, que se utilice durante la asistencia sanitaria.

• **Objetivo general 6: promover la comunicación entre profesionales.**

Objetivo específico 1: promover la comunicación estandarizada, tanto dentro de las unidades como durante la transición asistencial (transferencia), para garantizar una atención continuada y segura a los pacientes.

- Desarrollar acciones para la implementación de técnicas de comunicación estructurada.
- Revisar y evaluar periódicamente los procedimientos para la comunicación efectiva y a tiempo de valores de alerta y críticos de pruebas diagnósticas que pueden poner en peligro la vida del paciente.



- **Objetivo general 7: promover el diseño y desarrollo de estrategias para el abordaje de eventos adversos graves en los centros sanitarios.**

Objetivo específico 1: promover el desarrollo de estrategias para gestionar eventos adversos graves y el apoyo a las víctimas de los mismos.

- Establecer estrategias para la adecuada gestión de los eventos adversos graves que asegure:
 - o Ofrecer a los pacientes y cuidadores que han sufrido un evento adverso grave Información clara, sincera y oportuna sobre lo que ha sucedido, así como un plan de apoyo a sus necesidades.
 - o Ofrecer apoyo a los profesionales sanitarios implicados en un evento adverso grave.
 - o Gestionar adecuadamente la transferencia de información a la organización y a los medios de comunicación con el fin de restablecer la confianza en la institución.

Objetivo específico 2: promover la formación de los profesionales para poder desarrollar adecuadamente dichas estrategias.

- Desarrollar acciones formativas para los profesionales y los gestores de los centros sanitarios sobre aspectos de atención a los pacientes y profesionales implicados en eventos adversos graves.

- **Objetivo general 8: promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos.**

Objetivo específico 1: promover acciones para mejorar los procesos de justificación del uso de las radiaciones ionizantes, especialmente en los pacientes menores de 18 años.

- Desarrollar acciones formativas e informativas, dirigidas al médico prescriptor, en el uso de procedimientos con radiaciones ionizantes, especialmente en los pacientes menores de 18 años.
- Establecer y promover la difusión de una guía de indicaciones para la correcta solicitud de las pruebas de diagnóstico por la imagen.

Objetivo específico 2: promover la Seguridad del Paciente en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con radiaciones ionizantes.

- Revisar los protocolos para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos con radiaciones ionizantes, especialmente en los pacientes menores de 18 años.
- Revisar los protocolos, teniendo en cuenta los criterios ALARA para la optimización de la protección radiológica y el uso de niveles de referencia actualizados, para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos con radiaciones ionizantes, especialmente en los pacientes menores de 18 años.
- Mantener los Programas de Garantía de Calidad en todos aquellos servicios que trabajen con radiaciones ionizantes, especialmente en los servicios de



radioterapia que incluyan análisis de riesgos y gestión de los incidentes notificados.

- Favorecer que en la documentación clínica del paciente se registre información de cada uno de los procedimientos que se le realizan con radiaciones ionizantes (dosis recibida, actividad y vía de administración de radiofármacos, descripción de la técnica utilizada y distribución de dosis en radioterapia y braquiterapia).
- Mantener revisiones periódicas de la adecuación del equipamiento para garantizar la menor radiación ionizante posible en los procedimientos diagnósticos, así como distribuciones optimizadas en radioterapia.
- Facilitar información previa a los pacientes sobre los riesgos relacionados con los procedimientos que utilizan radiaciones ionizantes durante el proceso de consentimiento informado.

Objetivo específico 3: promover la detección y prevención de los eventos adversos por radiaciones ionizantes, especialmente en radioterapia y en los procedimientos radiológicos intervencionistas.

- Establecer protocolos de seguimiento en pacientes que han recibido altas dosis de radiaciones en procedimientos intervencionistas.
- Asegurar que se notifican y gestionan adecuadamente los incidentes relacionados con la radioterapia (como mínimo a nivel departamental).

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

• **Objetivo general 1: promover la gestión de riesgos en los centros sanitarios**

Objetivo específico 1: mantener una unidad de gestión de riesgos o estructura equivalente que desarrolle estrategias para la adecuada gestión de riesgos relacionados con la atención sanitaria.

- Mantener diferentes métodos para la identificación de riesgos relacionados con la seguridad (análisis de reclamaciones y sugerencias, rondas de seguridad, revisión de historias clínicas, sesiones para aprender de los errores, estudios epidemiológicos, etc.).
- Mantener acciones específicas para la gestión del riesgo que incluyan la adopción de una actitud proactiva y el uso de una metodología que permita identificar problemas, analizar sus causas y desarrollar acciones que prevengan o disminuyan su repetición.
- Continuar realizando análisis sistematizados en profundidad de los eventos centinela identificados que así lo requieran y seguimiento de las acciones de mejora.

• **Objetivo general 2: aprovechar el sistema de notificación de eventos adversos (SINEA) para el aprendizaje.**



Objetivo específico 1: mantener y mejorar estrategias para incentivar la notificación de incidentes en Marina Salud.

- Desarrollar acciones con los gerentes y profesionales que favorezcan la notificación, el análisis y la gestión de incidentes relacionados con la atención sanitaria.

Objetivo específico 2: desarrollar procedimientos de retroalimentación ágil y oportuna de la información a los profesionales que han participado en la notificación de incidentes, así como al resto de la organización.

- Informar a los profesionales de Marina Salud sobre los incidentes identificados y las acciones tomadas para su prevención.

Objetivo específico 3: proteger de acciones disciplinarias a los profesionales que notifiquen eventos adversos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y CIUDADANOS POR SU SEGURIDAD.

Objetivo específico 1: promover que el paciente/cuidador reciba información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, facilitando una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende.

- Disponer de un Plan de acogida al paciente que incluya información clara, completa y comprensible sobre sus derechos y obligaciones, los servicios sanitarios en los que se prestarán los cuidados, los riesgos que conlleva la asistencia y su implicación en la toma de decisiones.
- Elaborar directrices sobre cómo proporcionar información a los pacientes en materia de calidad asistencial y seguridad del paciente, fomentando la transparencia de la información.
- Asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado de los pacientes, sobre todo en procedimientos invasivos, así como en el registro de las voluntades anticipadas, promoviendo prácticas que le ayuden a otorgarlas de manera informada.

Objetivo específico 2: promover la formación de los pacientes/cuidadores sobre su enfermedad, los cuidados que requiere y los riesgos que conlleva la atención sanitaria y su prevención.

- Seguir desarrollando programas de formación específicos para pacientes/cuidadores con el fin de conseguir su participación activa en las decisiones y los procesos de atención.

Objetivo específico 3: promover la participación activa de los pacientes/ cuidadores en aspectos relacionados con la seguridad del paciente en sus contactos con el sistema de salud.



- Seguir permitiendo y promoviendo la presencia de un acompañante del paciente, siempre que sea posible, en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, especialmente en el caso de pacientes pediátricos o de aquellos con deterioro cognitivo.
- Desarrollar acciones para estimular la participación de los pacientes/cuidadores en actividades relacionadas con la seguridad del paciente (comités mixtos de pacientes y profesionales, consejo de pacientes, etc.).

5.2 PROYECTOS

Para el desarrollo de los objetivos identificados en el plan estratégico se proponen los siguientes 7 proyectos y sus respectivas metas, con un horizonte temporal máximo de 3 años (2020-2022):

- Proyecto 1: Revisar y mejorar el procedimiento de gestión de las notificaciones de incidentes y eventos adversos a través de SINEA.
- Proyecto 2: Reforzar el plan de vigilancia y control de infecciones.
- Proyecto 3: Implementar el plan de uso seguro del medicamento.
- Proyecto 4: Mejorar la práctica segura en cirugía.
- Proyecto 5: Mejorar la comunicación de resultados.
- Proyecto 6: Establecer un plan de formación en seguridad del paciente.
- Proyecto 7: Promover la educación al paciente y cuidadores sobre cuidados seguros.
- Proyecto 8: Evaluar la cultura de seguridad.
- Proyecto 9: Promover la implantación de prácticas seguras en los cuidados de los pacientes.

PROYECTO 1: REVISAR Y MEJORAR EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS A TRAVÉS DE SINEA.

Responsable: Antonio Valdivia (Medicina Preventiva y Seguridad Clínica).

El **objetivo general** de este procedimiento es aprovechar para el aprendizaje el sistema de notificación de eventos adversos de la Comunidad Valenciana (SINEA) (*línea estratégica 3, objetivo general 2*); este sistema presenta características que favorecen



la notificación de eventos adversos por cualquier trabajador de Marina Salud y que se encuentran alineadas con las recomendaciones internacionales sobre sistemas de notificación de eventos adversos:

- Notificación anónima optativa.
- Desde cualquier ordenador de la red asistencial.
- Compromiso de confidencialidad de los administradores de la aplicación.
- Grabación en una base de datos que permite explotación por los administradores.
- Clasificación de eventos adversos con listado de definición de eventos centinela.

Los **indicadores de notificación y análisis de eventos adversos** se incluyen en los acuerdos de gestión de Conselleria, originalmente con los siguientes pesos:

- Número de eventos declarados: 70%.
- Revisión en plazo por el administrador del sistema en Marina Salud: 10%.
- Análisis de eventos centinela por un Comité de Seguridad Clínica: 20%.

Actualmente los pesos se han desplazado gradualmente a la realización de análisis causa-raíz tanto de eventos centinela como no centinela.

El procedimiento de gestión de eventos adversos debe mantener los objetivos establecidos en los indicadores anteriores **e incorporar los siguientes:**

- Promover estrategias para mejorar e incentivar la notificación de eventos adversos (*línea estratégica 3, objetivo general 2, objetivo específico 1; línea estratégica 3. Objetivo general 1, objetivo específico 7*).
- Establecer sistemas para informar regularmente a los profesionales de Marina Salud sobre los incidentes notificados y las acciones tomadas para su prevención (*línea estratégica 3, objetivo general 2, objetivo específico 2*). Estos sistemas deben incluir:
 - o Procedimiento de respuesta al profesional que realiza la notificación.
 - o Boletín de información periódica y difusión general sobre eventos adversos.
- Proteger de acciones disciplinarias a los profesionales que notifiquen eventos adversos (indicador: acciones disciplinarias abiertas a profesionales que notifican un evento adverso, sentido minimizar, objetivo 0, sin tolerancia).

Para ello se establecen las siguientes **metas:**

- **Año 2020:** implementar un procedimiento normalizado de retroalimentación a los profesionales que notifiquen eventos adversos.



- **Año 2020:** implementar un plan de comunicación interna que incluya la difusión periódica a toda la organización de los incidentes notificados, su análisis y las acciones tomadas para su prevención.
- **Año 2020:** compromiso por escrito de la Gerencia y el Comité de Dirección que garantice la confidencialidad en la notificación de eventos adversos y la respuesta no punitiva en relación con los eventos notificados.

- **PROYECTO 2: REFORZAR EL PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES**

Responsables: Patricia Martín (Presidenta de la Comisión de Infecciones) y Antonio Valdivia (Medicina Preventiva y Seguridad Clínica).

El **objetivo general** de este proyecto es promover las prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (*línea estratégica 2, objetivo general 2*). El plan de vigilancia y control de infecciones debe incluir los siguientes puntos:

- Ampliar la vigilancia sistemática de infecciones por parte de Medicina Preventiva a las neumonías asociadas a la ventilación mecánica.
- Ampliar el programa PROA a la red asistencial y las residencias sociosanitarias.
- Establecer un plan de difusión de resultados que permita comunicar periódicamente los principales resultados de los sistemas de vigilancia y control de infecciones a todos los miembros de la organización.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020:** constituir un equipo que diseñe e implemente el PROA en la red asistencial y residencias sociosanitarias.
- **Año 2021-22:** implementar el PROA en la red asistencial y posteriormente en las residencias sociosanitarias.
- **Año 2020:** implementar un plan de difusión de resultados con carácter departamental.

- **PROYECTO 3: IMPLEMENTAR EL PLAN DE USO SEGURO DEL MEDICAMENTO**

Responsable: Jaime Poquet (Jefe de Área de Farmacia y Director de Docencia, Formación e Investigación).



El **objetivo general** de este proyecto es promover el uso seguro del medicamento (*línea estratégica2, objetivo general 1*). El plan de uso seguro del medicamento debe incluir los siguientes puntos:

- Mantener la evaluación periódica de la seguridad de utilización de medicamentos en el hospital por medio de un cuestionario validado que permita la comparación con otros centros.
- Actualización de los sistemas de ayuda a la decisión clínica ya implementados en Cerner y evaluación de su utilización por los prescriptores.
- Implementación de nuevos sistemas de ayuda a la decisión clínica en los procesos que se consideren prioritarios.
- Estandarización del uso de abreviaturas, símbolos y expresiones utilizados en la prescripción y administración de medicamentos.
- Implementación de procedimientos de conciliación de la medicación durante las transiciones asistenciales.
- Implementación de procedimientos de revisión de la medicación y de minimización de riesgos en pacientes polimedicados y población pediátrica.
- Diseño de un plan de formación a profesionales y a usuarios.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020:** definir un listado de procesos para implantación prioritaria de sistemas de ayuda a la decisión clínica.
- **Años 2020-2021:** implementar sistemas de ayuda a la decisión clínica en los procesos que se hayan definido como prioritarios, incluyendo plan de medición y reevaluación periódica.
- **Años 2020:** implementar los procedimientos que se hayan definido para favorecer el uso seguro de los medicamentos de alto riesgo.
- **Año 2020:** establecer y difundir recomendaciones explícitas sobre el uso de abreviaturas, símbolos y expresiones en la prescripción y administración de medicamentos.
- **Año 2020-2022:** revisar los sistemas de prescripción de medicamentos en Cerner para que la prescripción cumpla las recomendaciones establecidas.
- **Año 2020:** implementar un plan de mejora de la conciliación de medicamentos que incluya a Marina Salud y las instituciones con las que existen procesos compartidos de atención sanitaria.
- **Año 2020:** diseñar e implementar procedimientos de revisión sistemática de la medicación en pacientes polimedicados. Identificar y establecer procedimientos de minimización de riesgos en los pacientes polimedicados y población pediátrica.
- **Año 2020-2021:** diseñar e implementar un plan de formación en uso seguro del medicamento que incluya a todos los profesionales implicados en Marina Salud e instituciones externas, usuarios y cuidadores no profesionales.



- **Año 2021:** revisión anual de todos los procedimientos implementados, incluyendo medición de efectividad de los mismos y cálculo de aquellos indicadores que se hayan definido para cada proceso.

• **PROYECTO 4: MEJORAR LA PRÁCTICA SEGURA EN CIRUGÍA**

Responsables: Pedro Clemente, Juan Cardona y Alfredo Moreno, o aquellos profesionales designados por ellos como responsables del proyecto.

El **objetivo general** de este procedimiento es promover la implantación de prácticas seguras en cirugía (*línea estratégica 2, objetivo general 3*).

Los **objetivos específicos** a desarrollar en este proyecto son:

- Promover el uso adecuado del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía actualmente implantado en Marina Salud.
- Promover la adopción de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki de seguridad del paciente en Anestesiología.
- Mejorar la comunicación en la transferencia del paciente.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020:** diseñar un plan de auditorías que incluya la observación directa del uso adecuado del Listado de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- **Año 2020:** revisar los protocolos implantados en Anestesiología para asegurar su conformidad a la Declaración de Helsinki.
- **Año 2021:** implantar los protocolos necesarios para adecuar toda la actividad a las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.
- **Año 2020:** revisar los procesos de transferencia del paciente para asegurar que definan procedimientos adecuados y seguros de transmisión de la información.
- **Año 2021:** diseñar un plan de auditoría interna y difusión de resultados sobre adecuación de la actividad a los protocolos implantados.
- **Año 2022:** implementar un procedimiento de retroalimentación a los profesionales con los resultados de las evaluaciones realizadas, tanto general como por Servicios.

• **PROYECTO 5: MEJORAR LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS**

Responsables: Patricia Martín Rico (responsable áCDB) y Luís Andreo (áCDI)

El **objetivo general** de este procedimiento es promover la comunicación efectiva y oportuna de los resultados críticos (*línea estratégica 2, objetivo general 6*).



Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020**: revisión del procedimiento de comunicación de resultados críticos del Área de Diagnóstico Biológico.
- **Año 2020**: revisión del procedimiento de comunicación de resultados críticos del Área de Diagnóstico por Imagen.
- **Año 2021**: revisión/diseño del procedimiento de comunicación de resultados críticos de los demás proveedores de pruebas diagnósticas.
- **Años 2020-2021** (según el año de revisión): asegurar la disponibilidad de la documentación revisada y aprobada bajo formato normalizado en el gestor documental.
- **Año 2021**: realizar un plan de auditoría de los procesos de comunicación de resultados críticos.
- **Año 2021**: establecer un plan de revisión de los procedimientos de comunicación.

• **PROYECTO 6: ESTABLECER UN PLAN DE FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Responsable: Maria Dolores Pérez (Jefe de Formación), Teresa Prats (Supervisora de Medicina Preventiva y Seguridad Clínica) y Jaime Poquet (Jefe de Área de Farmacia y Director de Docencia, Formación e Investigación).

El **objetivo general** es la formación de los profesionales para el desarrollo adecuado de las líneas estratégicas planteadas en el Plan de Seguridad Clínica. Este objetivo es transversal a las diferentes líneas estratégicas definidas en el Plan.

El plan de formación debe incluir los siguientes **objetivos**:

- Definir el contenido formativo básico en seguridad del paciente para todos los profesionales y en todos sus niveles de formación y desarrollo.
- Incorporar la formación en seguridad del paciente en los planes de acogida de los profesionales de nueva incorporación.
- Desarrollar acciones formativas específicas sobre seguridad clínica e incorporar la seguridad del paciente a las acciones formativas en las que se considere necesario.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020**: establecer el contenido formativo transversal y específico de cada grupo profesional. Definir el contenido de la formación básica dentro del plan de acogida.



- **Año 2021:** implementar la formación básica en seguridad clínica dentro del plan de acogida.
- **Año 2021:** establecer el peso de la formación en seguridad clínica dentro de los distintos itinerarios curriculares de la carrera profesional de Marina Salud.
- **Años 2021:** implementar las líneas formativas necesarias para desarrollar los contenidos definidos en el plan de formación.
- **Año 2022:** establecer prioridades de formación en seguridad clínica para pacientes y cuidadores e implementar las líneas formativas correspondientes.

- **PROYECTO 7: PROMOVER LA EDUCACIÓN AL PACIENTE Y CUIDADORES SOBRE CUIDADOS SEGUROS**

Responsable: Alfredo Moreno o aquellos profesionales designados por él como responsables del proyecto.

El **objetivo general** de este proyecto es promover la implantación de prácticas seguras e incluir aspectos de seguridad del paciente individualizados en el plan de cuidados e informe de alta de enfermería.

- Diseñar e implementar un plan estructurado sobre educación al paciente y su familia.
- Establecer un procedimiento para que la educación al paciente se realice de forma sistemática y que contenga en la documentación de la historia clínica registrada la acción de la educación, la formación realizada y la evaluación de la efectividad del proceso educativo.

Para ello se establecen las siguientes **metas:**

- **Año 2020:** Diseñar e implementar un plan estructurado sobre educación al paciente y su familia.
- **Año 2021:** Establecer un procedimiento para que la educación al paciente se realice de forma sistemática que contenga en la documentación de la historia clínica registrada la acción de la educación, la formación realizada y la evaluación de la efectividad del proceso educativo.

- **PROYECTO 8: EVALUAR LA CULTURA DE SEGURIDAD**

Responsable: Antonio Valdivia (Medicina Preventiva y Seguridad Clínica) en el Hospital, Antonio Barceló y Natalia Casado en la red asistencial.

El **objetivo general** es la evaluación de la cultura de seguridad de Marina Salud tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario. La evaluación periódica de las distintas dimensiones de la cultura de seguridad sirve para conocer los puntos fuertes



y débiles de la organización, diseñar intervenciones para mejorar y valorar la efectividad de éstas una vez implementadas.

La evaluación de la cultura de seguridad debe tener las siguientes características (*línea estratégica 1, objetivo específico 3*):

- Evaluación periódica (por lo menos una vez cada dos años).
- Utilización de instrumentos validados: en nuestro caso los instrumentos seleccionados son los propuestos en el plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
 - o Evaluación de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario: encuesta adaptada y validada en España a partir de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
 - o Evaluación de la cultura de seguridad en el ámbito de Atención Primaria: Medical Office Survey on Patient Safety Culture traducida y validada en España, recomendada en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Retroalimentación: deben difundirse los resultados entre los trabajadores de Marina Salud.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020**: informar al equipo directivo y mandos intermedios del Hospital sobre los resultados de la última evaluación de cultura de seguridad en el Hospital.
 - **Año 2020**: diseñar e implementar un plan de difusión de resultados de la encuesta de cultura de seguridad en el ámbito hospitalario.
 - **Año 2021**: Repetir la encuesta de cultura de seguridad en Atención Primaria.
 - **Año 2021**: Diseñar e implementar un plan de difusión de resultados de la encuesta de cultura de seguridad en el ámbito de Atención Primaria.
 - **Año 2022**: Repetir la encuesta de cultura de seguridad en el hospital.
- **PROYECTO 9: PROMOVER LA IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES.**

Responsable: Alfredo Moreno, Amanda Esteve, Natalia Casado, M^a Dolores Pérez.

El **objetivo general** de este proyecto es promover la implantación de prácticas seguras e incluir aspectos de seguridad del paciente individualizados en el plan de cuidados e informe de alta de enfermería.

- Diseñar e implementar un plan estructurado sobre educación al paciente y su familia.



- Establecer un procedimiento para que la educación al paciente se realice de forma sistemática que contenga en la documentación de la historia clínica registrada la acción de la educación, la formación realizada y la evaluación de la efectividad del proceso educativo.
- Diseñar e implementar un procedimiento sobre manejo del dolor del paciente hospitalizado donde se contemple medidas de actuación, a quién se debe realizar evaluación, cuándo, cómo y con qué frecuencia.
- Mantener el plan de cuidados y alta de enfermería actualizada, revisar aspectos relacionados con medidas de prevención de úlceras, caídas, asistencia al paciente frágil, prevención de broncoaspiración en aquellos pacientes a riesgo de padecerlas como soporte informativo al paciente y familiares al alta.

Para ello se establecen las siguientes **metas**:

- **Año 2020:** Diseñar e implementar un plan estructurado sobre educación al paciente y su familia.
- **Año 2020:** Establecer un procedimiento para que la educación al paciente se realice de forma sistemática que contenga en la documentación de la historia clínica registrada la acción de la educación, la formación realizada y la evaluación de la efectividad del proceso educativo.
- **Año 2020:** Diseñar e implementar un procedimiento sobre manejo del dolor del paciente hospitalizado donde se contemple medidas de actuación, a quién se debe realizar evaluación, cuándo, cómo y con qué frecuencia.
- **Año 2020:** Mantener el plan de cuidados y alta de enfermería actualizada, revisar aspectos relacionados con medidas de prevención de úlceras, caídas, asistencia al paciente frágil, prevención de broncoaspiración en aquellos pacientes a riesgo de padecerlas como soporte informativo al paciente y familiares al alta.



ANEXO I. LISTADO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES Y EVENTOS CENTINELA DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD UNIVERSAL Y SALUD PÚBLICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

I. EVENTOS QUIRÚRGICOS

1. Cirugía que se realiza sobre la parte del cuerpo errónea.
2. Cirugía que se realiza al paciente equivocado.
3. Procedimiento quirúrgico erróneo que se le realiza a un paciente.
4. Dejar un cuerpo extraño en el cuerpo del paciente tras cirugía u otro proceso.
5. Muerte intraoperatoria o muerte postoperatoria inmediata en un paciente ASA I.
6. Confusión de la documentación de un paciente en quirófano.

II. EVENTOS RELACIONADOS CON PRODUCTOS SANITARIOS

7. Muerte o incapacidad grave asociadas al uso de medicamentos, aparatos o productos biológicos contaminados en el centro sanitario.
8. Muerte o incapacidad grave asociadas al uso o funcionamiento de un aparato que se emplea de una forma para la que no está destinado.
9. Muerte o incapacidad grave asociada con embolia intravascular gaseosa, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

III. EVENTOS RELACIONADOS CON LA PROTECCION DE LOS PACIENTES

10. Entrega de un bebé a la persona equivocada.
11. Muerte inesperada del paciente.
12. Muerte del paciente en la sala de espera de urgencias.
13. Muerte o incapacidad grave asociada con la fuga (desaparición) del paciente.
14. Suicidio o intento de suicidio con el resultado de incapacidad grave, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

IV. EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO O LOS CUIDADOS

15. La muerte o incapacidad grave asociadas con un error de medicación (ej. errores en relación a la medicación errónea, dosis errónea, momento erróneo, proporción errónea, preparación errónea o ruta de administración errónea).
16. Muerte o incapacidad grave asociada con la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos ABO/HLA incompatibles.
17. Muerte o incapacidad grave de la madre asociada con el parto, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
18. Muerte o incapacidad grave asociada con la hipoglucemia que comienza estando bajo los cuidados del centro sanitario.
19. Muerte o incapacidad grave asociada con el hecho de no identificar y tratar la hiperbilirrubinemia en neonatos (kernicterus).
20. Úlcera por presión de grado 3 o 4 adquirida durante el ingreso en el centro sanitario.
21. Muerte o incapacidad grave debida a una terapia de manipulación de columna vertebral.
22. Inseminación artificial con donante de espermatozoides erróneo.
23. Muerte súbita o inesperada de un bebé nacido a término.
24. Reacción a la transfusión hemolítica cuando se administra sangre o productos sanguíneos y existen grandes incompatibilidades de grupo sanguíneo.



25. shock anafiláctico en paciente hospitalizado.
26. Fluoroscopia prolongada con dosis acumulativa de >1500 rads a un solo campo o aplicar radioterapia a la zona del cuerpo erróneo o >25% por encima de la dosis de radioterapia pautada.
27. Confusión de la documentación de un paciente en pruebas diagnósticas de riesgo.
28. Informe anatomopatológico equivocado.
29. Estudio radiológico a paciente embarazada.

V. EVENTOS RELACIONADOS CON EL ENTORNO

30. Muerte o incapacidad grave asociada con un electrochoque, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
31. Cualquier evento en el cual una vía de oxígeno u otro gas que ha de ser transportado al paciente, contienen el gas equivocado o está contaminado por sustancias tóxicas.
32. Muerte o incapacidad grave asociada con una quemadura provocada por cualquier medio, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
33. Muerte o incapacidad grave asociada con una caída, estando bajo los cuidados del centro sanitario.
34. Muerte o incapacidad grave asociada con el uso de sujeciones o barandillas, estando bajo los cuidados del centro sanitario.

VI. EVENTOS CRIMINALES

35. Cualquier cuidado llevado a cabo por cualquier persona que se hace pasar por médico, enfermera, farmacéutico o cualquier otro tipo de personal sanitario.
36. Secuestro de cualquier paciente de cualquier edad.
37. Agresión sexual dentro o en la propiedad del centro sanitario.
38. Muerte o lesión grave provocada a un paciente o personal del centro debido a una agresión física que tiene lugar dentro o en la propiedad del centro sanitario.

FUENTES

- ✓ Guía De Recomendaciones para la Gestión de Eventos Centinela y Eventos Adversos Graves en los Centros Sanitarios del Sistema Gallego de Salud. Servizo Galego de Saude. Conselleria de Sanida de Xunta de Galicia.
- ✓ Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2010. (Available on www.IHI.org).
- ✓ Guidelines for responding to Serious Adverse Events 2010. Catholic Healthcare Partners Serious Reportable Events in Healthcare 2006 Update. National Quality Forum; March 2007. (Available at: http://www.qualityforum.org/publications/reports/sre_2006.as).