



PROQUALIS
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE



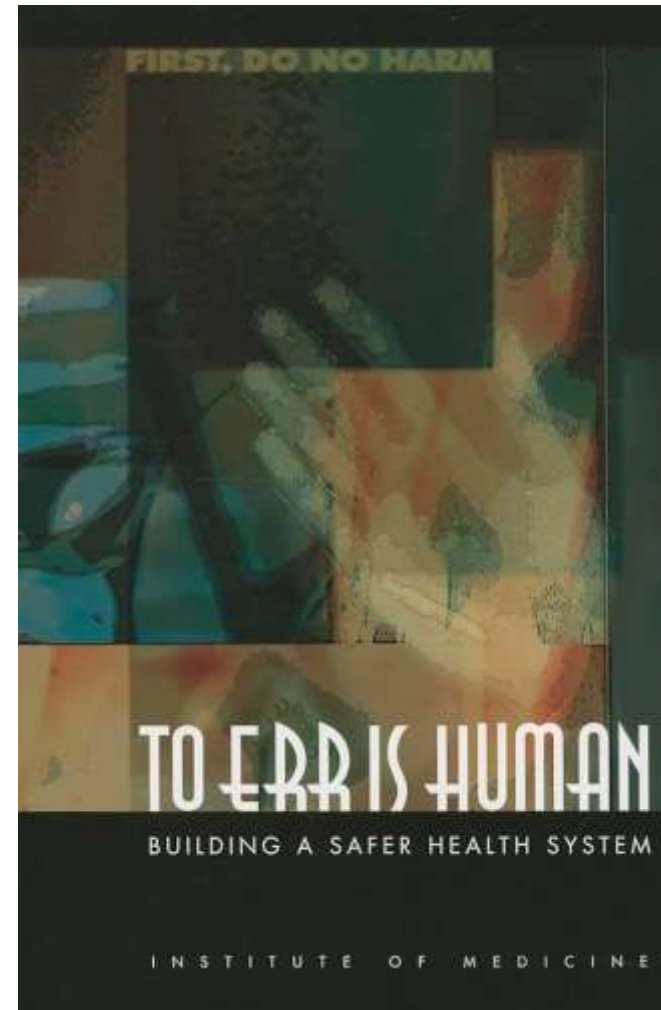
**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

25 AÑOS DE *TO ERR IS HUMAN*: *AVANCES Y DESAFÍOS*

Jorge de Vicente Guijarro. MD, MPH, MHA, PhD
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

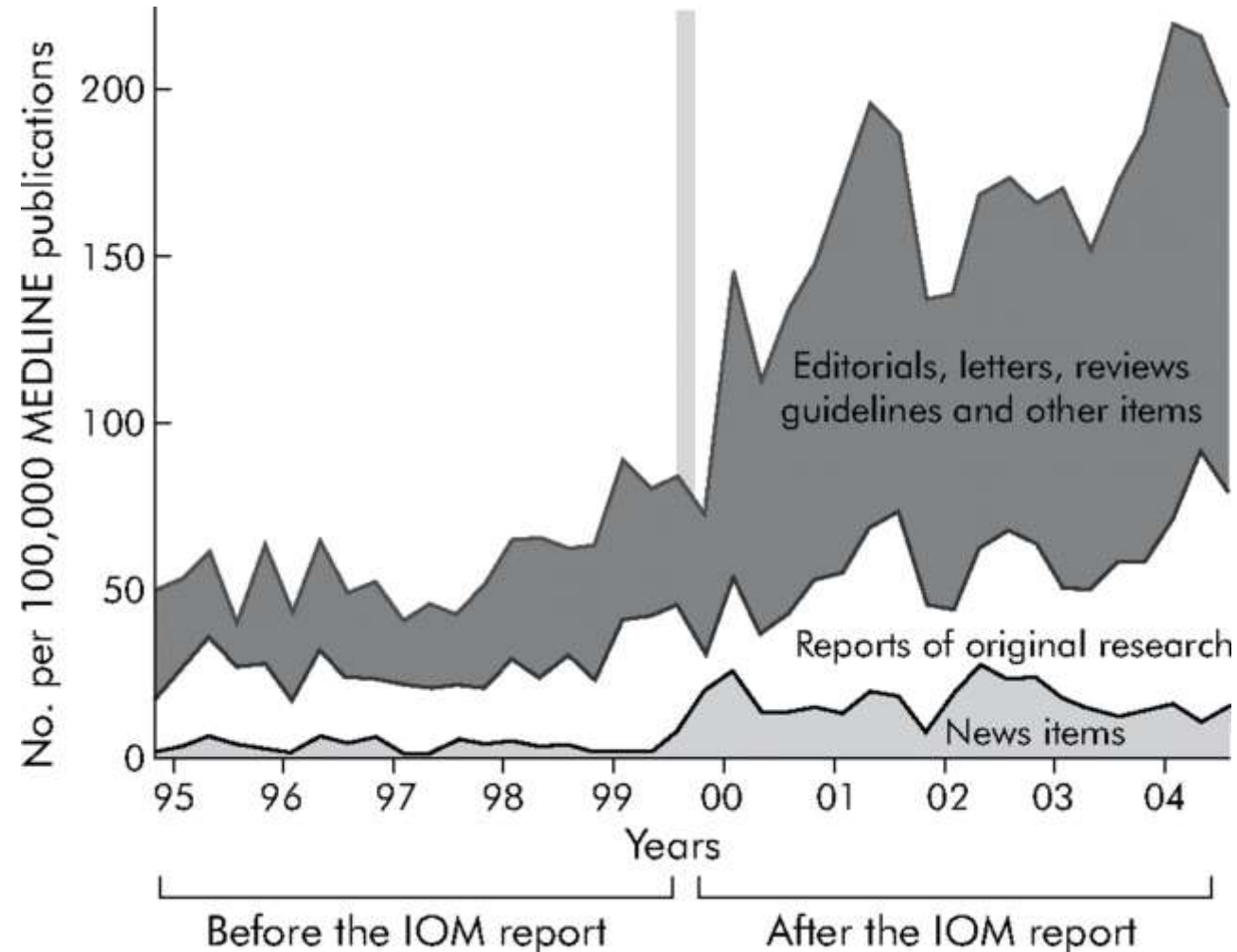


To Err Is Human

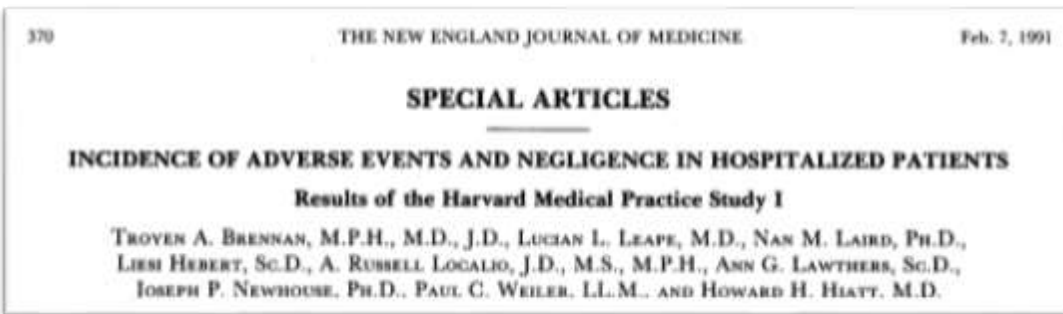


1999

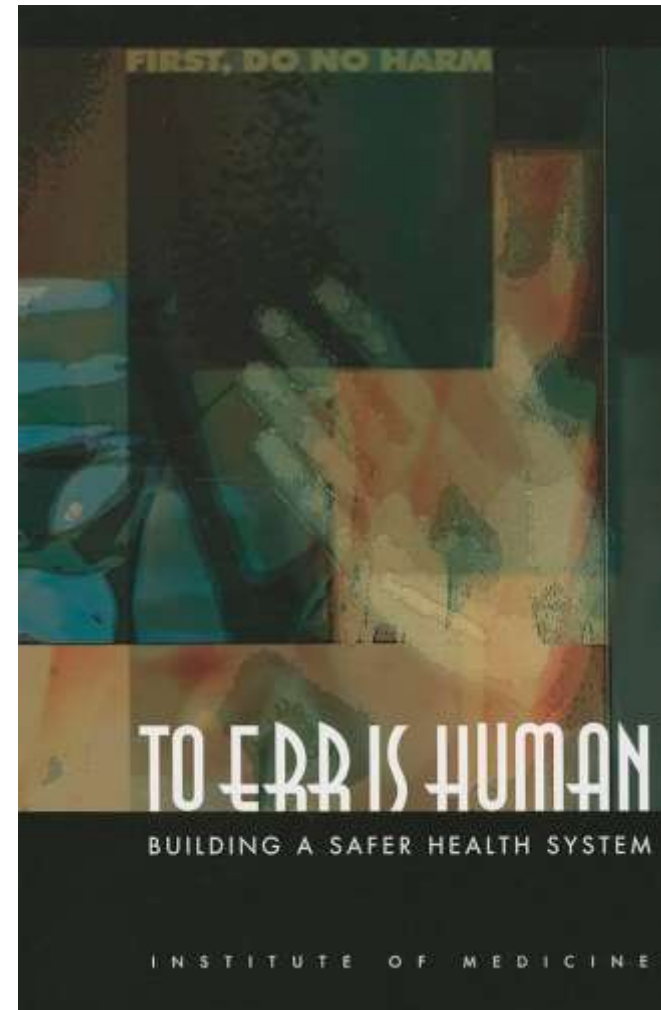
To Err Is Human



To Err Is Human



1991



1999



2004

La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos

Jesús M. Aranaz^{a,*} y Yolanda Agra^b

^aServicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant, Alicante, y Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España
^bDirección General, Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, España



Código Hammurabi
1200 a/C.



P C Alexandre Louis
1787-1872



1818-1865



E A Codman 1869-1940

“La medicina en el pasado solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura, en la actualidad se ha transformado en compleja, efectiva, pero potencialmente peligrosa”

Sir Cyril Chantler, Lancet, 1999

The role and education of doctors in the delivery of health care
Lancet (London, England), 353(9159), 1178–1181
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01075-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01075-2)

- **Sanitaria**

- Un 10% de pacientes sufre un EA en el hospital.
- 134 millones de EA /año debidos a atención insegura en el hospital.
- 2,6 millones de muertes (el 60 % en países de ingresos bajos y medios).
- La mitad de la carga mundial de morbilidad derivada del daño al paciente se origina en la Atención Primaria.

- **Social**

- El costo social del daño al paciente varía entre 1 y 2 billones de dólares/año.
- El coste de los litigios por fallos de SP en UK 2017-2018 fue de 1.630 libras.
- El 15 % del gasto hospitalario se puede atribuir al desperdicio debido a fallas en la seguridad en los países de altos ingresos.
- Un enfoque de capital humano sugiere que eliminar el daño podría impulsar el crecimiento económico mundial en más de un 0,7 % anual.



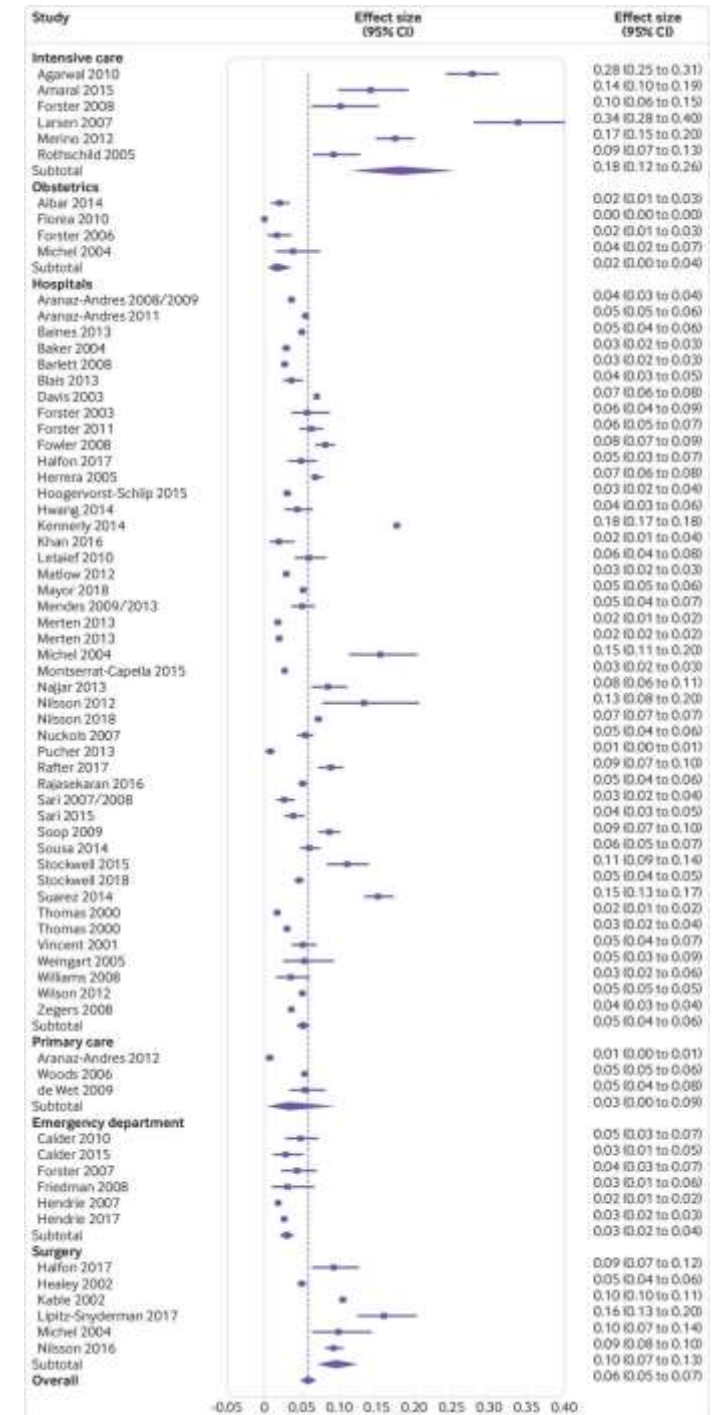
OPEN ACCESS



Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis

Maria Panagioti,¹ Kanza Khan,¹ Richard N Keers,² Aseel Abuzour,² Denham Phipps,² Evangelos Kontopantelis,¹ Peter Bower,¹ Stephen Campbell,¹ Razaan Haneef,³ Anthony J Avery,⁴ Darren M Ashcroft¹

Results: Of the 7313 records identified, 70 studies involving 337.025 patients were included in the meta-analysis. **The pooled prevalence for preventable patient harm was 6%** (95% confidence interval 5% to 7%). A pooled proportion of 12% (9% to 15%) of preventable patient harm was severe or led to death. Incidents related to drugs (25%, 95% confidence interval 16% to 34%) and other treatments (24%, 21% to 30%) accounted for the largest proportion of preventable patient harm. Compared with general hospitals (where most evidence originated), preventable patient harm was more prevalent in advanced specialties (intensive care or surgery; regression coefficient $b=0.07$, 95% confidence interval 0.04 to 0.10).





EJCI
EUROPEAN JOURNAL OF
CLINICAL INVESTIGATION



ESCI
EUROPEAN SOCIETY FOR
CLINICAL INVESTIGATION



PROQUALIS
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE



**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**
SaludMadrid






Received: 24 May 2022 | Accepted: 29 July 2022

DOI: 10.1111/eci.13851

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Prevalence, characteristics, and impact of adverse events in 34 Madrid hospitals. The ESHMAD study

José L. Valencia-Martín^{1,2}  | Jorge Vicente-Guijarro^{3,4}  | Diego San Jose-Saras^{3,5}  |
Paloma Moreno-Nunez^{3,4}  | Alberto Pardo-Hernández^{6,7} |
Jesús María Aranz-Andrés^{3,4,8}  | ESHMAD Director Group and external advisers

¹Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, Spain

²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla, Sevilla, Spain

³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Ramón y Cajal, IRYCIS, Madrid, Spain

⁴Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de La Rioja, Logroño, Spain

⁵Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Departamento de Biología de Sistemas, Alcalá de Henares, Spain

⁶Subdirección General de Calidad Asistencial y Cooperación Sanitaria, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid, Spain

⁷Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain

⁸Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain

Abstract

Introduction: Adverse Events (AE) are one of the main problems in healthcare. Therefore, many policies have been developed worldwide to mitigate their impact. The Patient Safety Incident Study in Hospitals in the Community of Madrid (ESHMAD) measures the results of them in the region.

Methods: Cross-sectional study, conducted in May 2019, in hospitalised patients in 34 public hospitals using the *Harvard Medical Practice Study* methodology. A logistic regression model was carried out to study the association of the variables with the presence of AE, calibrated and adjusted by patient.

Results: A total of 9975 patients were included, estimating a prevalence of AE of 11.9%. A higher risk of AE was observed in patients with surgical procedures (OR[CI95%]: 2.15[1.79 to 2.57], vs. absence), in Intensive Care Units (OR[CI95%]: 1.60[1.17 to 2.17], vs. Medical) and in hospitals of medium complexity (OR[CI95%]: 1.45[1.12 to 1.87], vs. low complexity). A 62.6% of AE increased the length of the stay or it was the cause of admission, and 46.9% of AE were considered preventable. In 11.5% of patients with AE, they had contributed to their death.

Conclusions: The prevalence of AE remains similar to the previously estimated one in studies developed with the same methodology. AE keep leading to longer

SPECIAL ARTICLE

The Safety of Inpatient Health Care

David W. Bates, M.D., David M. Levine, M.D., M.P.H.,
Hojjat Salmasian, M.D., Ph.D., M.P.H., Ania Syrowatka, Ph.D., David M. Shahian, M.D.,
Stuart Lipsitz, Sc.D., Jonathan P. Zebrowski, M.D., M.H.Q.S.,
Laura C. Myers, M.D., M.P.H., Merranda S. Logan, M.D., M.P.H.,
Christopher G. Roy, M.D., M.P.H., Christine Iannaccone, M.P.H., Michelle L. Frits, B.A.,
Lynn A. Volk, M.H.S., Sevan Dulgarian, B.S., B.A., Mary G. Amato, Pharm.D., M.P.H.,
Heba H. Edrees, Pharm.D., Luke Sato, M.D., Patricia Folcarelli, Ph.D., R.N.,
Jonathan S. Einbinder, M.D., M.P.H., Mark E. Reynolds, B.A.,
and Elizabeth Mort, M.D., M.P.H.

BACKGROUND

Adverse events during hospitalization are a major cause of patient harm, as documented in the 1991 Harvard Medical Practice Study. Patient safety has changed substantially in the decades since that study was conducted, and a more current assessment of harm during hospitalization is warranted.

METHODS

We conducted a retrospective cohort study to assess the frequency, preventability, and severity of patient harm in a random sample of admissions from 11 Massachusetts hospitals during the 2018 calendar year. The occurrence of adverse events was assessed with the use of a trigger method (identification of information in a medical record that was previously shown to be associated with adverse events) and from review of medical records. Trained nurses reviewed records and identified admissions with possible adverse events that were then adjudicated by physicians, who confirmed the presence and characteristics of the adverse events.

RESULTS

In a random sample of 2809 admissions, we identified at least one adverse event in 23.6%. Among 978 adverse events, 222 (22.7%) were judged to be preventable and 316 (32.3%) had a severity level of serious (i.e., caused harm that resulted in substantial intervention or prolonged recovery) or higher. A preventable adverse event occurred in 191 (6.8%) of all admissions, and a preventable adverse event with a severity level of serious or higher occurred in 29 (1.0%). There were seven deaths, one of which was deemed to be preventable. Adverse drug events were the most common adverse events (accounting for 39.0% of all events), followed by surgical or other procedural events (30.4%), patient-care events (which were defined as events associated with nursing care, including falls and pressure ulcers) (15.0%), and health care-associated infections (11.9%).

CONCLUSIONS

Adverse events were identified in nearly one in four admissions, and approximately one fourth of the events were preventable. These findings underscore the importance of patient safety and the need for continuing improvement. (Funded by the Controlled Risk Insurance Company and the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions.)

		Realización	
		Sí	No
Necesidad	Sí	Apropiado	Infrautilización
	No	Sobreutilización	Apropiado

³ Adaptado de Restuccia JD, Payne SM, Tracey LV. A framework for the definition and measurement of underutilization. Med Care Rev. 1989;46:255-70

SOBREUTILIZACIÓN:

- *Overtesting*: exceso de pruebas
- *Overscreening*: exceso de cribados
- *Overdiagnosis*: sobrediagnóstico
- *Overprescribing*: sobreprescripción o sobreindicación
- *Overtreatment*: sobret ratamiento

UNA SANIDAD EN CRISIS (VIII) - Co-director del Instituto SI-Health y ex consejero de Sanidad del País Vasco

Rafael Bengoa: "Entre el 15% y el 20% de las cosas que se hacen en la sanidad pública no añaden valor clínico y son un desperdicio"

CRISTINA RUIZ
Madrid

Actualizado Viernes, 14
abril 2023 - 01:39

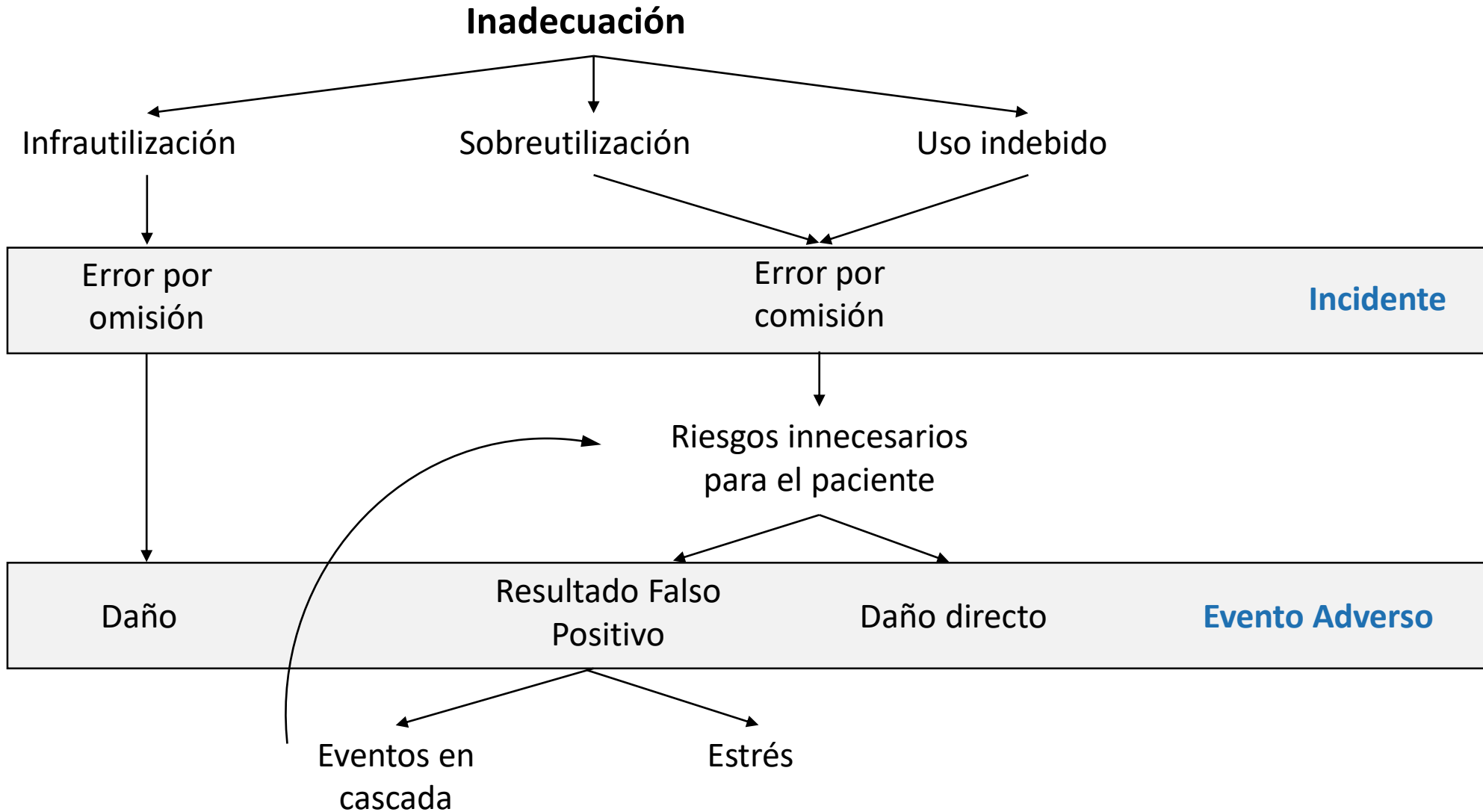


Rafael Bengoa. Foto: Luis Tejido/ EFE






Quien consume, ni elige ni paga; quien paga, ni consume ni elige; y quien elige, ni paga ni consume

Senador Estes Kefauver

Quien produce, quien autoriza, quien dispensa...



Inappropriate Hospital Admission According to Patient Intrinsic Risk Factors: an Epidemiological Approach

D. San Jose-Saras, MD, MPH^{1,2} , J. Vicente-Guijarro, PhD^{3,4} , P. Sousa, PhD⁵ ,
P. Moreno-Nunez, MD, MPH^{2,4} , M. Espejo-Mambié, MD, MPH², and
J. M. Aranaz-Andres, PhD^{3,4} 

BACKGROUND: Inappropriate hospital admissions compromise the efficiency of the health care system. This work analyzes, for the first time, the prevalence of inappropriate admission and its association with clinical and epidemiological patient characteristics.

OBJECTIVES: To estimate the prevalence, associated risk factors, and economic impact of inappropriate hospital admissions.






DESIGN AND PARTICIPANTS: This was a cross-sectional observational study of all hospitalized patients in a high complexity hospital of over 901 beds capacity in Spain. The prevalence of inappropriate admission and its causes, the association of inappropriateness with patients' intrinsic risk factors (IRFs), and associated financial costs were analyzed with the *Appropriateness Evaluation Protocol* in a multivariate model.

MAIN MEASURES AND KEY RESULTS: A total of 593 patients were analyzed, and a prevalence of inappropriate admissions of 11.9% (95% CI: 9.5 to 14.9) was found. The highest number of IRFs for developing health care-related complications was associated with inappropriateness, which was more common among patients with 1 IRF (OR [95% CI]: 9.68 [3.6 to 26.2.] versus absence of IRFs) and among those with surgical admissions (OR [95% CI]: 1.89 [1.1 to 3.3] versus medical admissions). The prognosis of terminal disease reduced the risk (OR [95% CI]: 0.28 [0.1 to 0.9] versus a prognosis of full recovery based on baseline condition). Inappropriate admissions were responsible for 559 days of avoidable hospitalization, equivalent to €17,604.6 daily and €139,076.4 in total, mostly attributable to inappropriate emergency admissions (€96,805.3).

CONCLUSIONS: The prevalence of inappropriate admissions is similar to the incidence found in previous studies and is a useful indicator in monitoring this kind of overuse. Patients with a moderate number of comorbidities were subject to a higher level of inappropriateness. Inappropriate admission had a substantial and avoidable financial impact.



Inappropriate hospital admission as a risk factor for the subsequent development of adverse events: a cross-sectional study

Diego San Jose-Saras^{1,2} , Jorge Vicente-Guijarro^{3,4*} , Paulo Sousa⁵ , Paloma Moreno-Nunez^{1,4} , Jesús María Aranaz-Andres^{3,4}  and Health Outcomes Research Group of the Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS)

Abstract

Background All health overuse implies an unnecessary risk of patients suffering adverse events (AEs). However, this hypothesis has not been corroborated by direct estimates for inappropriate hospital admission (IHA). The objectives of the study were the following: (1) to analyze the association between IHA and the development of subsequent AEs; (2) to explore the distinct clinical and economic implications of AEs subsequent IHA compared to appropriate admissions.

Methods An observational cross-sectional study was conducted on hospitalized patients in May 2019 in a high-complexity hospital in Madrid, Spain. The *Appropriateness Evaluation Protocol* was used to measure IHA, and the methodologies of the *Harvard Medical Practice Study* and the *European Point Prevalence Survey of Healthcare-associated Infections* were used to detect and characterize AEs. The association between IHA and the subsequent

Results A total of 558 patients in the hospital ward were studied. IHA increased the risk of subsequent occurrence of AEs (OR [95% CI]: 3.54 [1.87 to 6.69], versus appropriate) and doubled the mean AEs per patient (coefficient [95% CI]: 0.19 [0.08 to 0.30] increase, versus appropriate) after adjusting for confounders. IHA was a predictive variable of subsequent AEs and the number of AEs per patient. AEs developed after IHA were associated with scheduled admissions (78.9% of AEs, versus 27.9% after appropriate admissions; $p < 0.001$). Compared with AEs developed after appropriate admissions, AEs after IHA added 2.4 additional days of stay in the intensive care unit and incurred an extra cost of €166,324.9 for the studied sample.

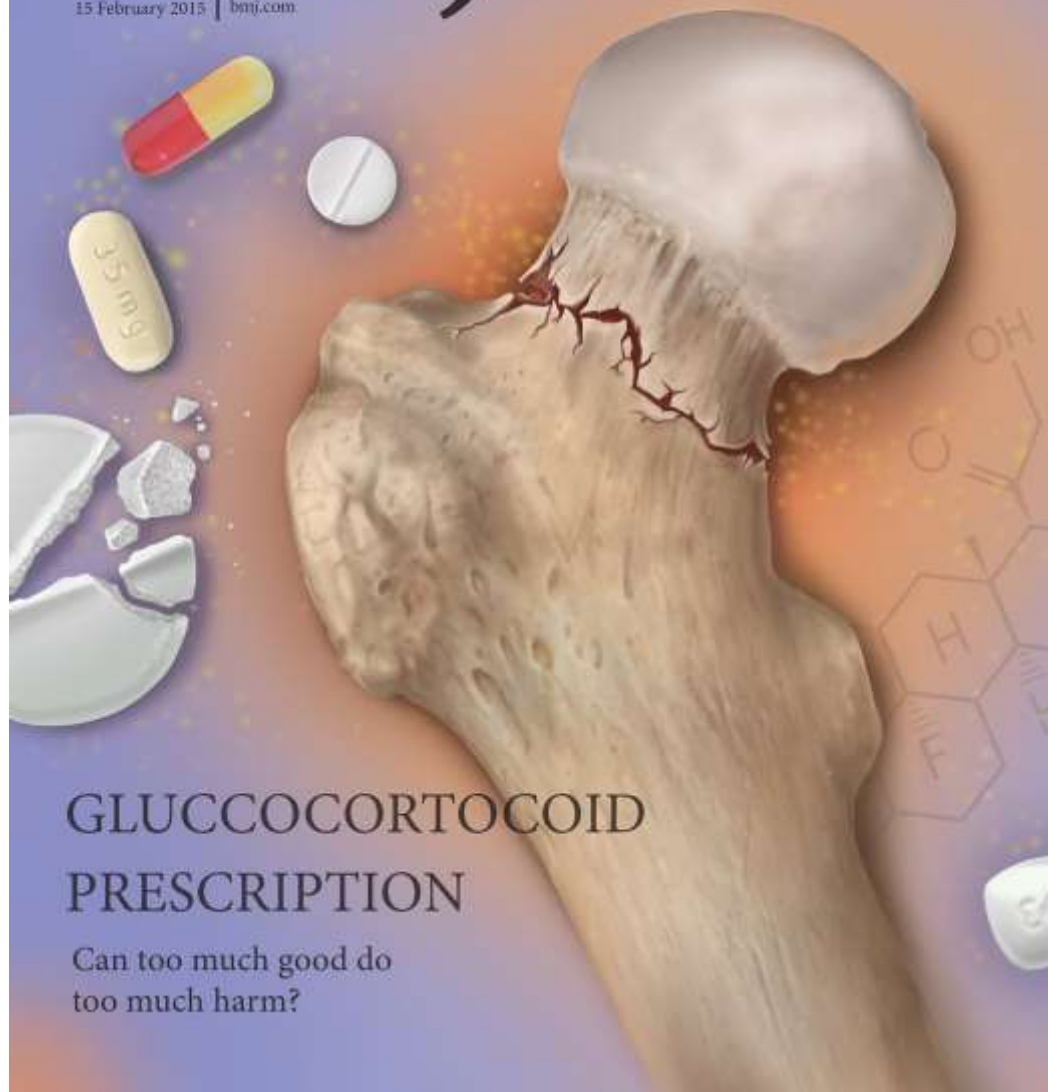
Conclusions Patients with IHA have a higher risk of subsequent occurrence of AE. Due to the multifactorial nature of AEs, IHA is a possible contributing factor. AEs developed after IHA are associated with scheduled admissions, prolonged ICU stays, and resulted in significant cost overruns.

Keywords Appropriateness of health care, Inappropriate hospital admission, Patient safety, Adverse events

BMJ

15 February 2015 | bmj.com

Travel advice during pregnancy
Imaging subarachnoid hemorrhage
Steroid injection for plantar fasciitis
Maintenance drugs for opioid dependence



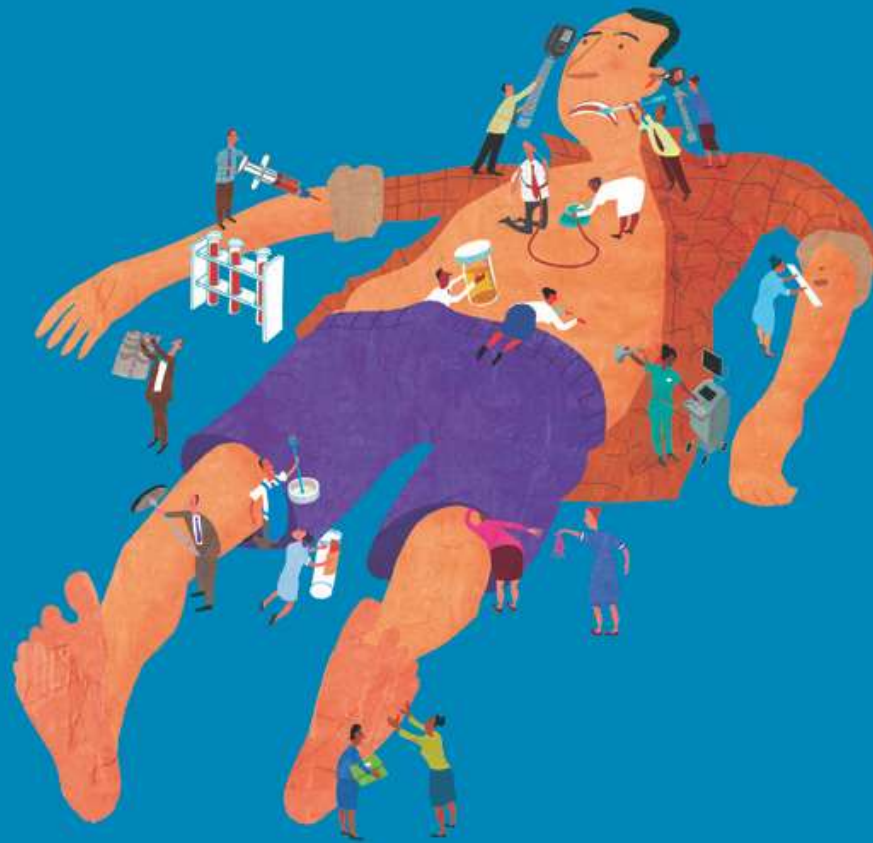
GLUCCOCORTOCOID PRESCRIPTION

Can too much good do
too much harm?

BMJ

344-1-52 No 7859 ISSN 1759-2151
2 June 2012 | bmj.com

Steroid injection for plantar fasciitis
Maintenance drugs for opioid dependence
Managing ventilator assisted pneumonia
BMJ Group Awards: the winners



OVERDIAGNOSIS Harming the healthy



PROQUALIS
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE



**Hospital Universitario
Ramón y Cajal**

Seguridad del Paciente

Estrategias para una asistencia sanitaria
más segura

Charles Vincent y René Amalberti



*“En muchos sentidos, **la seguridad es un blanco en continuo movimiento.**”*

Al mejorarse los estándares y aumentar la preocupación por la seguridad dentro de un sistema, la cantidad de eventos que se considerarán como problemas de seguridad será mayor.

Ciertamente, la innovación y la mejora de los estándares generan nuevas formas de daño, puesto que surgen nuevos modos en que el sistema sanitario puede fallar a los pacientes.”

Research

BMJ

Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review

Ali Baba-Akbari Sari, Trevor A Sheldon, Alison Cracknell, Alastair Turnbull

Abstract

Objective To evaluate the performance of a routine incident reporting system in identifying patient safety incidents.

Design Two stage retrospective review of patients' case notes and analysis of data submitted to the routine incident reporting system on the same patients.

Setting A large NHS hospital in England.

Population 1006 hospital admissions between January and May 2004: surgery (n = 311), general medicine (n = 251), elderly care (n = 184), orthopaedics (n = 131), urology (n = 61), and three other specialties (n = 68).

Main outcome measures Proportion of admissions with at least one patient safety incident; proportion and type of patient safety incidents missed by routine incident reporting and case note review methods.

Results 324 patient safety incidents were identified in 230/1006 admissions (22.9%; 95% confidence interval 20.3% to 25.5%). 270 (83%) patient safety incidents were identified by case note review only, 21 (7%) by the routine reporting system only, and 33 (10%) by both methods. 110 admissions (10.9%; 9.0% to 12.8%) had at least one patient safety incident resulting in patient harm, all of which were detected by the case note review and six (5%) by the reporting system.

Conclusion The routine incident reporting system may be poor at identifying patient safety incidents, particularly those resulting in harm. Structured case note review may have a useful role in surveillance of routine incident reporting and associated quality improvement programmes.

Introduction

Patient safety incidents (defined as any unintended event caused by the health care that either did or could have led to patient harm) have been shown to cause harm in between 3% and 17% of hospital inpatients.¹⁻⁴

After the development of the national risk management standards in 1995, most NHS hospitals in England and Wales established reporting systems as part of their risk management programme.⁵ People involved in or witnessing a patient safety incident complete a form that is sent to the local reporting system, where the incident is classified and entered into a database.⁶ The National Patient Safety Agency developed a national reporting and learning system in 2003 to collate reports of patient safety incidents from local organisations.⁷ This system aims to help the NHS to learn from patient safety incidents and to identify trends and patterns relating to patient safety.⁸ The system should, therefore, be able to identify a representative sample of patient safety incidents and provide adequate data

about the cause, contributory factors, preventability, and impact of these incidents.^{9,10} In this paper we evaluate the relative performance of a local routine incident reporting system that feeds into the national reporting and learning system, by comparing it with a well validated method of systematically reviewing case notes.¹⁻³

Methods

We did the study in a large NHS hospital trust in England in 2005. We selected a stratified random sample of 1006 admissions (>24 hours' stay) between January and May 2004 from eight specialties: surgery; urology; orthopaedics; general medicine; medicine for the elderly; oncology; ear, nose, and throat; and ophthalmology. All data extracted were anonymised and kept confidential. The study consisted of using structured data extraction tools to do a two stage retrospective case note review of the sample admissions and reviewing the patient safety incidents reported by the routine hospital reporting system for the same admissions.

Review of medical records

We used previously described methods to do the case note review.¹⁻³ Five trained nurses screened patients' records by using 18 explicit criteria (box). We used one (or more) positive criterion as an indicator of a patient safety incident and scrutinised these medical records in stage two. One of the other nurses independently reviewed a 10% sample to assess inter-rater reliability. In addition, medical staff fully reviewed 10% of admissions for which no positive criteria were identified to identify false negatives (fig 1).

In stage two, three hospital doctors reviewed the records that had one positive criterion in stage one. The doctors were trained to use a structured review form to judge if a patient safety incident had occurred and to assess its type and consequences. One of the other doctors independently reviewed 90 medical records to assess the inter-rater reliability (fig 1).

Review of patient safety incidents reported by routine reporting system

We inspected data on the routine adverse incident reporting system for the 1006 admissions in our sample to see if patient safety incidents had been reported. We calculated the number, percentage, and type of patient safety incidents identified by the case note review and routine reporting system and classified them into three groups according to the routine reporting system policy (table 1). We calculated the proportion of admissions with patient safety incidents identified by each method and the proportion of these incidents that were judged to have caused

- Análisis retrospectivo de HC: 93,5%
- Sistema de notificación voluntario: 16,6%
- Ambos métodos: 10,2%
- Solo notificación: 6,5%

Table 1 Type of patient safety incidents recorded by case note review (CNR) and routine adverse incident reporting system (AIRS). Values are numbers (percentages)

Type of patient safety incident	Detected by combination of methods	Detected by CNR*	Detected by AIRS*	Missed by AIRS	Detected by both methods*
Group I incidents†:	139	118 (85)	54 (39)	85 (61)	33 (24)
Pressure ulcer	13	13 (100)	3 (23)	10 (77)	3 (23)
Fall	52	48 (92)	29 (56)	23 (44)	25 (48)
Drug problems	24	19 (79)	7 (29)	17 (71)	2 (8)
Operation cancelled	4	4 (100)	0	4 (100)	0
Intraoperative/postoperative complications (except infection)	5	5 (100)	0	5 (100)	0
Patient dissatisfaction	17	17 (100)	0	17 (100)	0
Other group I incidents	24	12 (50)	15 (63)	9 (38)	3 (13)
Group II incidents‡:	127	127 (100)	0	127 (100)	0
Unplanned transfer to ICU	13	13 (100)	0	13 (100)	0
Unplanned return to operation	4	4 (100)	0	4 (100)	0
Inappropriate/self discharge	25	25 (100)	0	25 (100)	0
Unplanned readmission	85	85 (100)	0	85 (100)	0
Group III incidents (infection)	44	44 (100)	0	44 (100)	0
Admission with at least one group I, II, or III incident	230	209 (91)	54 (23)	155 (67)	33 (14)
Total incidents	324	303 (94)	54 (17)	270 (83)	33 (10)

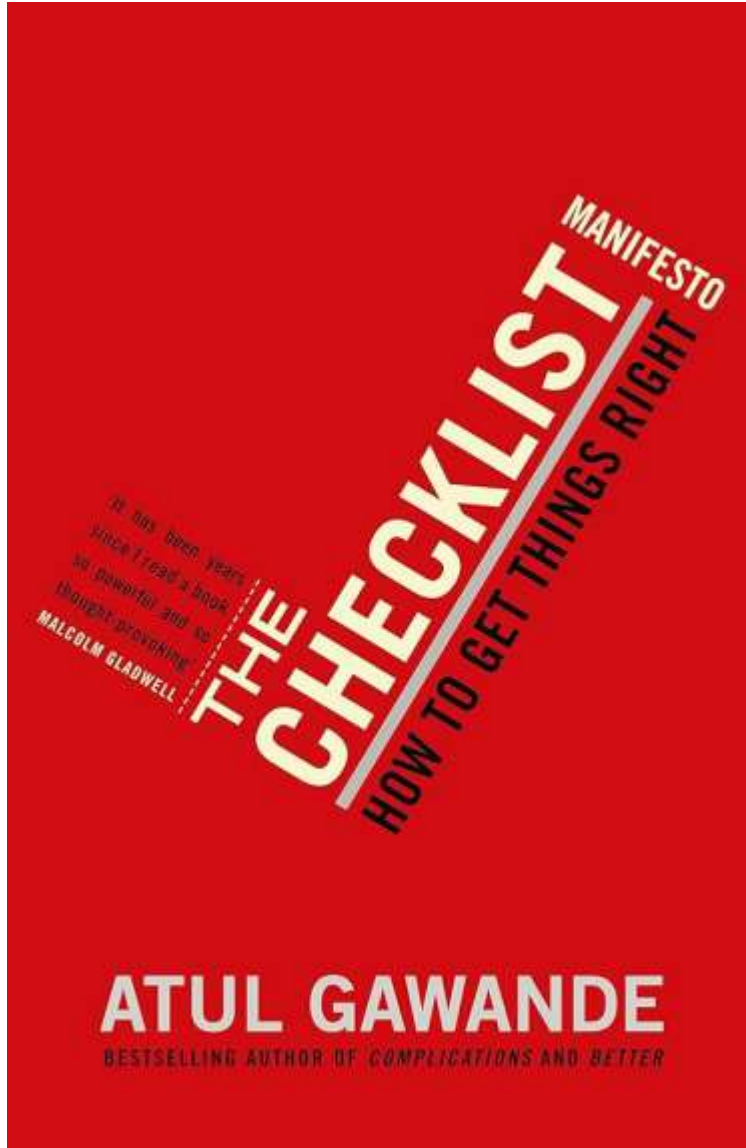
ICU=intensive care unit.

*Percentages are of total number of patient safety incidents (PSIs) reported by both methods. Because some admissions had more than one PSI recorded, total number of PSIs is greater than total number of records with at least one PSI.

†Incidents always expected to be reported by AIRS.

‡Incidents not necessarily reported by all organisations.

¿UN TRÁMITE?



Asking medical staff if they thought that the implementation of the checklist during surgery was bringing any clear results, the answers were mitigated. *"Then we asked the staff one more question. "If you were having an operation," we asked, "would you want the checklist to be used?" A full 93 percent said yes."*

Gac Sanit. 2015;29(5):370-374

Original breve

Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso



José Joaquín Mira^{a,b,*,1} y Susana Lorenzo^c, en nombre del Grupo de Investigación en Segundas Víctimas

^a Departamento de Psicología de la Salud, Alicante-Sant Joan, Alicante, España

^b Universidad Miguel Hernández, Elche Alicante, España

^c Unidad de Calidad, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de febrero de 2015

Aceptado el 17 de abril de 2015

On-line el 28 de mayo de 2015

Palabras clave:

Seguridad del paciente

Gestión y organización

Eventos adversos

Pacientes



RESUMEN

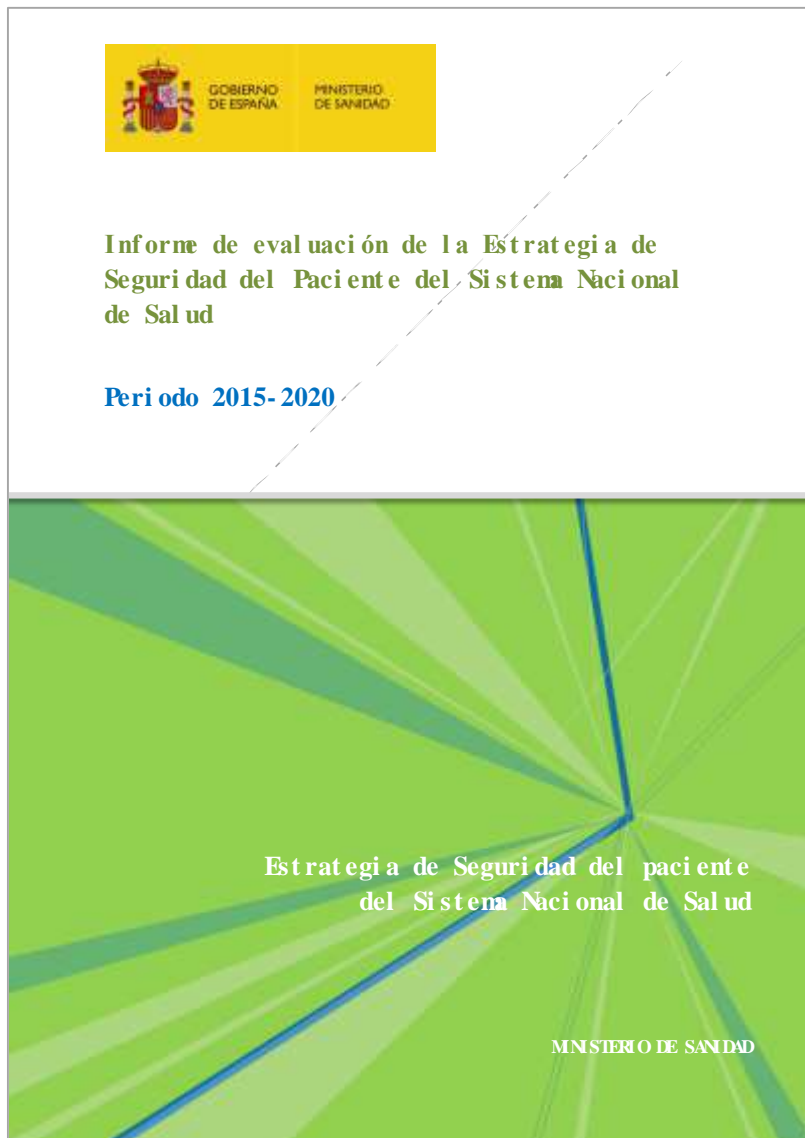
Objetivo: Analizar qué hacen hospitales y atención primaria para asegurar una información franca a los/las pacientes tras un evento adverso (EA).

Método: Encuesta a 633 directivos/as y responsables de seguridad (colectivo de dirección) y 1340 profesionales de ocho comunidades autónomas. Se exploró el nivel de implantación de recomendaciones para una correcta información tras un EA.

Resultados: 112 (27,9%) directivos/as y 386 (35,9%) profesionales consideraron que en su centro se informaba correctamente tras un EA; 30 (7,4%) directivos/as afirmaron disponer en su centro de un protocolo sobre cómo informar; sólo 92 (17,4%) médicos/as y 93 (19,1%) enfermeros/as habían recibido entrenamiento para informar a un/a paciente tras un EA.

Conclusiones: Existen importantes carencias a la hora de planificar, organizar y asegurar que el/la paciente que sufre un EA reciba una disculpa e información franca de lo sucedido y de lo que puede pasar a partir de ese momento.

INDICADOR 1.3.1.1.  	
NOMBRE DEL INDICADOR	Número de rondas de seguridad realizadas anualmente con participación de algún miembro de la dirección, documentadas.
JUSTIFICACIÓN	El taller de expertos convocados en el año 2005 por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo concluye que <u>entre</u> los Problemas prioritarios para el SNS en seguridad de pacientes y gestión de riesgos se encuentra el "Escaso compromiso real y permanente por parte de los gestores y de las autoridades por la mejora de la calidad y la seguridad". Es fundamental que los líderes de una organización conozcan y participen en la gestión de riesgos de la organización.
NUMERADOR	
DENOMINADOR	
FÓRMULA	Número de rondas de seguridad realizadas, con participación de algún representante de la dirección, documentadas.
EXCLUSIONES / OBSERVACIONES	Observaciones: los líderes realizarán visitas estructuradas a los servicios-unidades con una frecuencia mínima de una vez/cuatrimestre.
FUENTES DE DATOS	Documentos estratégicos de la Organización; Actas/registros de las rondas de seguridad de los servicios/unidades; auditorías; entrevistas a los profesionales de los diferentes servicios/unidades.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Anual
BIBLIOGRAFÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Joint commission international accreditation standards for hospitals : including standards for academic medical center hospitals. 5th edition. ed. Oak Brook, IL: Joint Commission International; 2013. 2. Norma UNE 179003. Servicios Sanitarios. Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente. AENOR 2013. 3. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ 4. Programa Bacteriemia Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/ 5. Programa Neumonía Zero. MSSSI http://www.msssi.gob.es/



¿Cómo apoya el equipo directivo la cultura de seguridad del paciente en el centro/área?

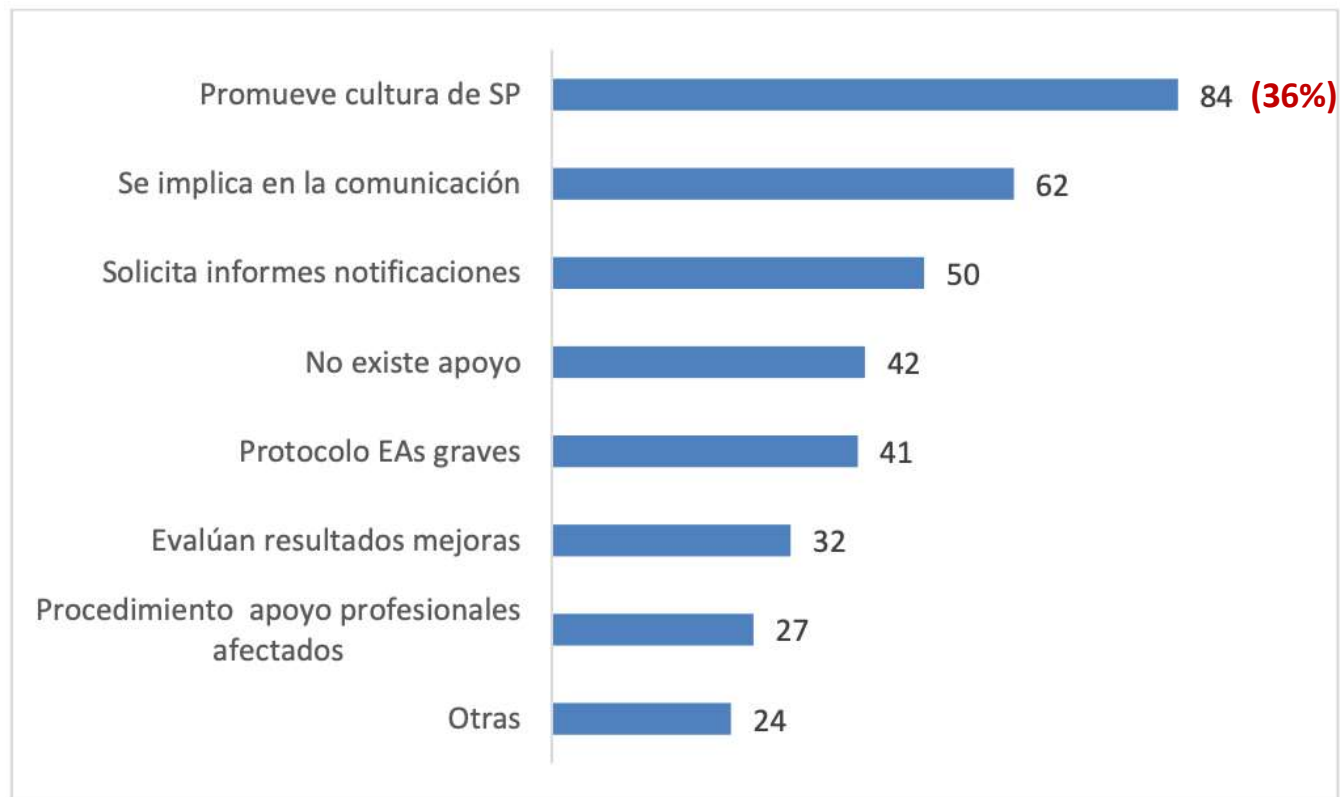


Tabla 1

Descripción de las barreras para implementar la cultura de seguridad del paciente por parte del personal directivo

Barreras	Verbatims
Excesiva rotación de los directivos <u>Conseguir resultados a corto plazo versus largo plazo</u>	«Pues a nivel de líderes, yo creo que un factor muy negativo, muy negativo, es la alta rotación tan constante que hay, no hay mantenimiento. [...] No hay una duración en los mensajes, no hay constancia en las estrategias. . . queremos conseguir resultados muchas veces muy cortoplacistas, entonces el largo plazo no se trabaja tanto» (entrevista 2).
Limitada implicación y poco liderazgo, pero sin poner obstáculos	«No hay barreras importantes con los líderes, es decir, puede ser que no se impliquen todo lo que se tengan que implicar, pero desde luego no, no, obstáculos no ponen» (entrevista 1).
Limitados aprendizaje, conocimientos y convencimiento necesarios para implicar a otros	«Los momentos de aprendizaje son necesarios si no has tenido un tiempo suficiente para interiorizarlo, pues no estás convencido y es muy difícil que, aunque te lo impongan desde el Servicio Aragonés de Salud o desde la estructura tuya, tú le pongas la energía adecuada para llevarlo adelante» (entrevista 5).
Limitada capacidad de gestión de los/las directivos/as frente al poder de los/las profesionales	«Esta organización es la única organización en la que los profesionales tienen todo el poder y la competencia para hacer cosas y los directivos no tienen ninguna» (entrevista 4).
<u>Ocultamiento de problemas (estrategia del avestruz), un valor en la gestión</u>	«Es un tema que siempre ha permanecido oculto, es decir, no se habla de los errores porque es algo, en principio, que tenemos miedo de admitir» (entrevista 10).
Importancia de la seguridad del paciente desde una visión institucional frente a la visión individual del/de la directivo/a donde la seguridad del paciente se considera como un incordio	«Los temas de calidad y de seguridad para el directivo, sea de mediano nivel como subdirector, o de más nivel, como gerente, y si ya vamos al Servicio Aragonés de Salud, la calidad y la seguridad la consideran como una cosa que es un incordio, una piedra en el zapato, y dentro de la calidad, si hay piedras todavía mayores, es la seguridad del paciente. Entonces, eso, desde el punto de vista institucional, jamás lo reconocerán porque dirán que tiene mucha importancia y que les parece lo más y que están muy preocupados por este tema, pero luego toda la realidad es que son piedras en el zapato» (entrevista 10).
Sistema ineficaz para pulir problemas	«Aquí nunca pasa nada hagas lo que hagas [...] es un sistema ineficaz para pulir los problemas» (entrevista 6).
<u>Problemas de seguridad del paciente antiguos, repetitivos, sin resolver desde hace tiempo</u>	«En la mayoría de las veces son situaciones muy viejas que aparecen y desaparecen como temas Guadiana [...]. Y eso añade un problema añadido, y es que cuando uno intenta meterle mano se da cuenta de que hay otras personas que le dicen que como ese no es un problema nuevo, y que si tiras del hilo pueden estar saliendo barbaridades o problemas que llevan varios años sucediéndose y que todo el mundo lo sabe, o que hay parte de la gente que lo sabe, pues es como reconocer que nadie ha hecho nada [...] y entonces se echa tierra encima de todos esos expedientes» (entrevista 10).

12 Entrevistas

“Todos los entrevistados coincidieron en que se reconoce como prioritaria la seguridad del paciente, pero de forma más teórica que práctica”

Giménez-Júlvez, T., Hernández-García, I., Aibar-Remón, C., Gutiérrez-Cía, I., & Febrel-Bordejé, M. (2017). Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud [Patient safety culture in directors and managers of a health service]. *Gaceta sanitaria*, 31(5), 423–426. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>

PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021-2030

Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud



SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Un marco de actividades organizadas que crea **culturas**, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención de salud que disminuyen los riesgos de forma constante y sostenible, reducen la aparición de daños evitables, hacen que sea menos probable que se cometan errores y atenúan el impacto de los daños cuando se producen.

Objetivo de calidad



Derecho básico del paciente

Modelo de Madurez





Cuestionario sobre conocimientos y percepciones de Seguridad del Paciente

Por favor lea las preguntas cuidadosamente antes de contestar. Se mantendrá la confidencialidad de sus respuestas.

1. Un error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de la atención sanitaria:

- Verdadero Falso

2. El daño sufrido por un paciente como consecuencia de la atención recibida se denomina:

- a. Negligencia
- b. Reacción adversa
- c. Incidente adverso relacionado con la seguridad del paciente
- d. Evento adverso

3. En relación con la investigación en Seguridad del Paciente, ¿cuál de las siguientes áreas es prioritaria?

- a. La atención a la madre y al recién nacido es una prioridad de investigación para países en desarrollo.
- b. La falta de comunicación y coordinación es una prioridad de investigación para países en transición.
- c. Los fallos latentes de la organización es una prioridad de investigación para países desarrollados.
- d. Todas son correctas.

4. Se define la Seguridad del Paciente como la ausencia de resultados adversos originados como consecuencia de la atención sanitaria

- Verdadero Falso

5. ¿Cuál de los siguientes diseños de investigación es más efectivo en Seguridad de Pacientes?

- a. Estudio transversal
- b. Encuesta de percepción
- c. Estudio Retrospectivo
- d. Estudio Prospectivo

6. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes multirresistentes responsables de las infecciones relacionadas con la asistencia?

- a. Los sistemas de agua del hospital
- b. Los sistemas del aire del hospital
- c. Los gérmenes presentes ya en el paciente
- d. Los gérmenes presentes en las superficies del hospital

ENCUESTA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA PROFESIONALES

Por favor, responda las siguientes preguntas referidas a su centro:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Es sólo cuestión de suerte que en mi centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Aranaz Andrés Jesús María, Pardo Hernández Alberto, López Pereira Patricia, Valencia-Martín José Lorenzo, Diaz-Agero Pérez Cristina, López Fresneña Nieves et al . Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 11]; 92: e204808044. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&Ing=es. Epub 08-Ago-2018.

Tabla 1
Conocimientos sobre aspectos clave en Seguridad del Paciente

PREGUNTAS CLAVE	CORRECTA	INCORRECTA	NO CONTESTA
Error es el incumplimiento deliberado y sistemático de las normas y reglas de atención sanitaria: Falso	110 (90,2%)	11 (9,0%)	1 (0,8%)
El daño sufrido por un paciente, consecuencia de la atención recibida se denomina evento adverso: Verdadero	75 (61,5%)	46 (38,7%)	1 (0,8%)
Son áreas prioritarias en investigación en Seguridad del Paciente: atención perinatal en países en desarrollo; falta de comunicación y coordinación en países en transición; fallos latentes de la organización en países desarrollados: Todas ellas	98 (80,3%)	19 (15,6%)	5 (4,1%)
Se define la Seguridad del Paciente como la ausencia de resultados adversos originados por la atención sanitaria: Falso	63 (51,6%)	57 (46,7%)	2 (1,6%)
El diseño de investigación más efectivo en Seguridad del Paciente es el estudio prospectivo	38 (31,2%)	76 (62,3%)	8 (6,6%)
La fuente más frecuente de los patógenos multirresistentes responsables de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son: los microorganismos ya presentes en el paciente	47 (38,5%)	73 (59,8)	2 (1,6%)
El tiempo mínimo necesario para eliminar los microorganismos patógenos de las manos con SHA es de: 20 segundos	42 (34,4%)	74 (60,7%)	6 (4,9%)
El tiempo mínimo necesario para eliminar con agua y jabón los microorganismos patógenos de las manos es de: 1 minuto	72 (59,0%)	41 (33,6%)	9 (7,4%)
La fricción con SHA es más rápida que el lavado con agua y jabón: Verdadero	102 (83,6%)	14 (11,5%)	6 (4,9%)
La fricción con SHA irrita más la piel que el lavado con agua y jabón: Falso	87 (71,3%)	26 (21,3%)	9 (7,4%)
La fricción con SHA es más efectiva contra los gérmenes que el lavado con agua y jabón: Verdadero	74 (60,7%)	39 (32,0%)	9 (7,4%)
Los datos de las demandas por negligencia representan los problemas de atención médica: Falso	68 (55,7%)	46 (37,7%)	8 (6,6%)
Las medidas para garantizar una correcta comunicación en el traspaso de información sobre la salud del paciente no se consideran dentro de las prácticas clínicas seguras: Falso	106 (86,9%)	8 (6,6%)	8 (6,6%)
La relevancia hace referencia a la capacidad de detección de los casos en que hay un problema de seguridad: Falso	71 (58,2%)	37 (30,3%)	14 (11,5%)
Aplicar el cuestionario de la Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) validado y adaptado al español permite conocer los eventos adversos en un centro de Atención Primaria: Falso	46 (37,7%)	58(47,5%)	18 (14,8%)
Cuando los indicadores de seguridad de la AHRQ muestran un empeoramiento en un mismo hospital siempre indica que han empeorado los resultados clínicos: Falso	54 (44,3%)	27 (22,1%)	41 (33,6%)
No administrar profilaxis anti-trombótica en un paciente con indicación para ello supone un error de omisión: Verdadero	94 (77,1%)	24 (19,7%)	4 (3,3%)

SHA: solución hidroalcohólica

Aranaz Andrés Jesús María, Pardo Hernández Alberto, López Pereira Patricia, Valencia-Martín José Lorenzo, Diaz-Agero Pérez Cristina, López Fresneña Nieves et al . Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 11]; 92: e204808044. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es. Epub 08-Ago-2018.

Tabla 2
Valoración de la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en su centro de trabajo

PREGUNTAS		VALORACIÓN INDIVIDUAL CS			DIMENSIONES CS ^{a,b,c}
Nº orden	Contenido	Negativa ^a	Neutra ^b	Positiva ^c	
1ª	El Director/Gestor de mi centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	23.0%	33.6%	43.4%	APOYO DE LA GERENCIA A LA SP 27.0% Negativa 34.7% Neutra 38.3% Positiva
2ª	Percibo que la Seguridad del paciente es un aspecto prioritario de la agenda del director.	23.8%	34.4%	41.8%	
10ª	Los procesos de la atención del paciente están bien estructurados y se vigilan posibles desviaciones, sus causas y cómo resolverlas.	34.4%	36.1%	29.5%	
3ª	Los profesionales de mi centro se preocupan de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	41.0%	18.0%	41.0%	PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD 63.9% Negativa 13.7% Neutra 22.4% Positiva
4ª	Me preocupo de la seguridad del paciente sólo después de que ha ocurrido un incidente adverso.	88.5%	1.6%	9.8%	
5ª	Trabajar sobre la seguridad del paciente aporta a mi centro un beneficio facial más que real en términos de eficiencia de la asistencia.	62.3%	21.3%	16.4%	
6ª	Cuando ha ocurrido un efecto adverso, tengo una actitud temerosa al hablar de ello.	64.8%	9.0%	26.2%	EXPECTATIVAS/ ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN PARA FAVORECER LA SP 38.8% Negativa 20.5% Neutra 40.7% Positiva
7ª	Los jefes de servicio y supervisores de enfermería promueven un ambiente de aprendizaje de los errores en lugar de señalar y culpar a los trabajadores.	28.7%	26.2%	45.1%	
8ª	Si se hiciera una sesión clínica sobre un error médico en mi centro, el debate final estaría centrado en cómo mejorar las barreras del sistema en lugar de discutir la responsabilidad individual.	23.0%	26.2%	50.8%	
9ª	Es sólo cuestión de suerte que en mi centro no ocurran más errores que afecten a los pacientes.	50.0%	14.8%	35.2%	-
Valoración Global CSP en su centro de trabajo		20.2%	59.7%	20.2%	-

Aranaz Andrés Jesús María, Pardo Hernández Alberto, López Pereira Patricia, Valencia-Martín José Lorenzo, Diaz-Agero Pérez Cristina, López Fresneña Nieves et al . Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2018 [citado 2024 Mar 11]; 92: e204808044. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es. Epub 08-Ago-2018.

PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021-2030

Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud



El marco incluye siete objetivos estratégicos, que pueden alcanzarse mediante 35 estrategias específicas:

Establecer sistemas y organizaciones de salud de alta fiabilidad que protejan a los pacientes diariamente de los daños.

2

Involucrar y empoderar a pacientes y familiares para que ayuden y favorezcan el camino hacia una asistencia de salud más segura.

4

Velar por que exista un flujo constante de información y conocimientos para impulsar la mitigación de los riesgos, la reducción de los niveles de daños evitables y la mejora de la seguridad de la atención.

6

Hacer del daño evitable nulo una actitud mental y una norma de intervención en la planificación y la prestación de la atención de salud en todas partes.

1

Garantizar la seguridad de cada proceso clínico.

3

Inspirar, educar, capacitar y proteger a los trabajadores de la salud para que contribuyan al diseño y la prestación de sistemas de atención seguros.

5

Promover y mantener la sinergia, las asociaciones y la solidaridad multisectoriales y multinacionales con objeto de mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia.

7

2		Sistemas de alta fiabilidad	2.1 Transparencia, apertura y cultura de no culpabilización	2.2 Buena gobernanza para el sistema de salud	2.3 Capacidad de liderazgo para las funciones clínicas y de gestión	2.4 Factores humanos/ergonomía para la resiliencia de los sistemas de salud	2.5 Seguridad del paciente en urgencias y situaciones de extrema adversidad
3		Seguridad de los procesos clínicos	3.1 Seguridad de procedimientos clínicos propensos al riesgo	3.2 Reto mundial para la seguridad del paciente, «Medicación sin daño»	3.3 Prevención y control de las infecciones y resistencia a los antimicrobianos	3.4 Seguridad de los productos sanitarios, los medicamentos, la sangre y las vacunas	3.5 Seguridad del paciente en la atención primaria de salud y las transiciones asistenciales
4		Participación de los pacientes y sus familias	4.1 Elaboración de políticas y programas junto con los pacientes	4.2 Aprender de la experiencia del paciente para mejorar la seguridad	4.3 Defensores de los pacientes y promotores de su seguridad	4.4 Transparencia con las víctimas de incidentes relacionados con la seguridad del paciente	4.5 Información y educación a los pacientes y sus familias
5		Formación, competencias y seguridad del personal de salud	5.1 La seguridad del paciente en la formación y la capacitación profesionales	5.2 Centros de excelencia para la formación y la capacitación en seguridad del paciente	5.3 Competencias en materia de seguridad del paciente como requisitos normativos	5.4 Vinculación de la seguridad del paciente con el sistema de evaluación del personal de la salud	5.5 Entorno de trabajo seguro para los trabajadores de la salud

3



Seguridad de los procesos clínicos



5.5.2017

ES

Diario Oficial de la Unión Europea

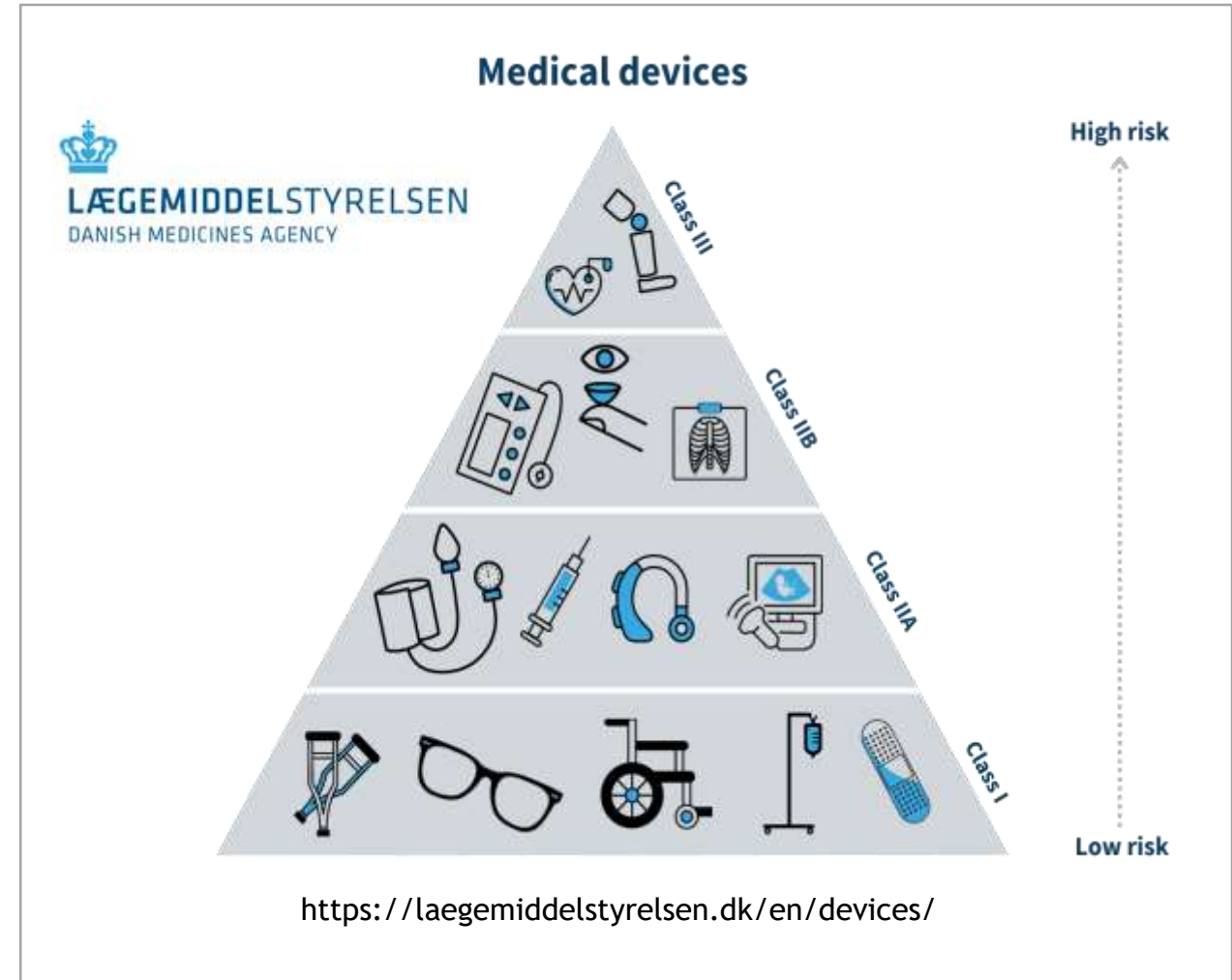
L 117/1

REGLAMENTO (UE) 2017/745 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO

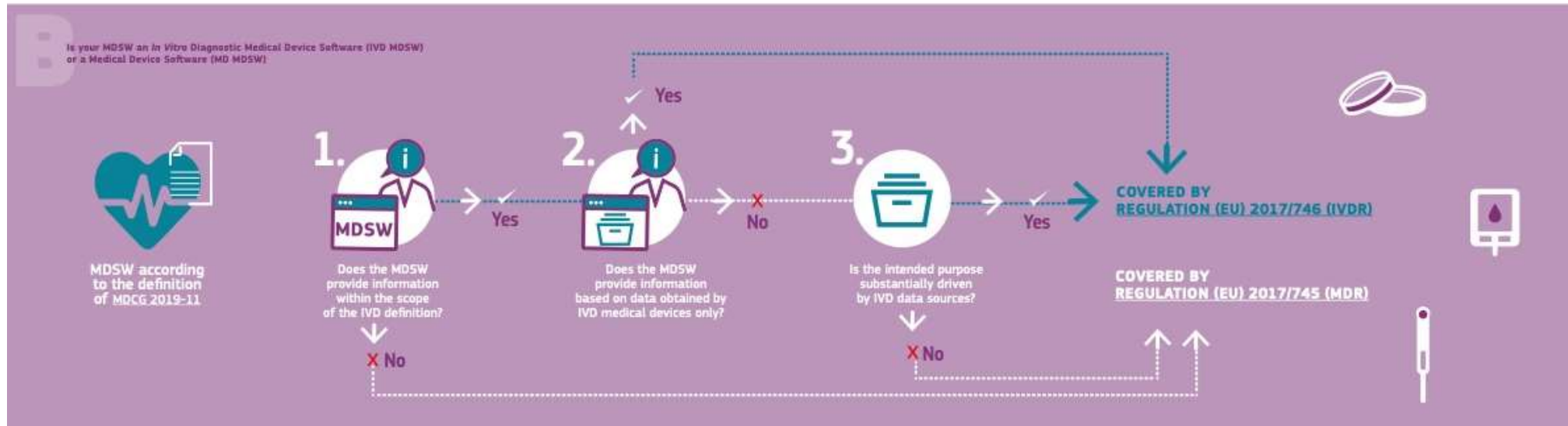
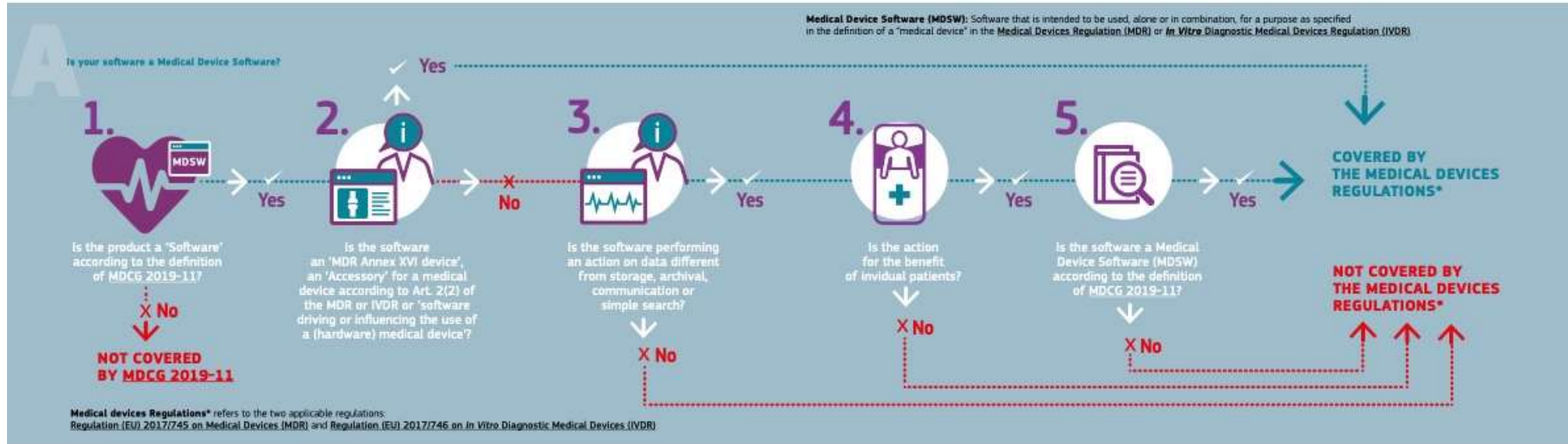
de 5 de abril de 2017

sobre los productos sanitarios, por el que se modifican la Directiva 2001/83/CE, el Reglamento (CE) n.º 178/2002 y el Reglamento (CE) n.º 1223/2009 y por el que se derogan las Directivas 90/385/CEE y 93/42/CEE del Consejo

(Texto pertinente a efectos del EEE)



Decision steps to assist qualification of **Medical Device Software (MDSW)**



4



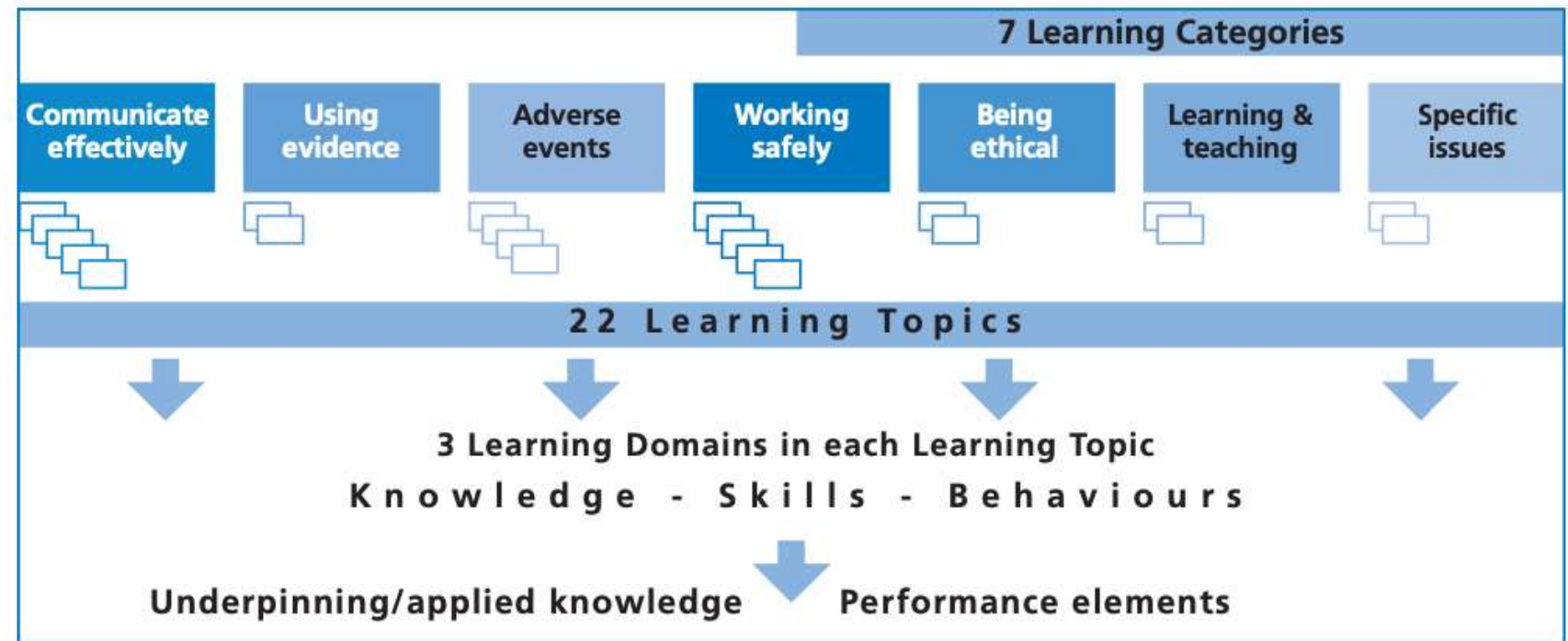
Participación de
los pacientes y sus
familias

MEDIDAS MÁS EFECTIVAS:

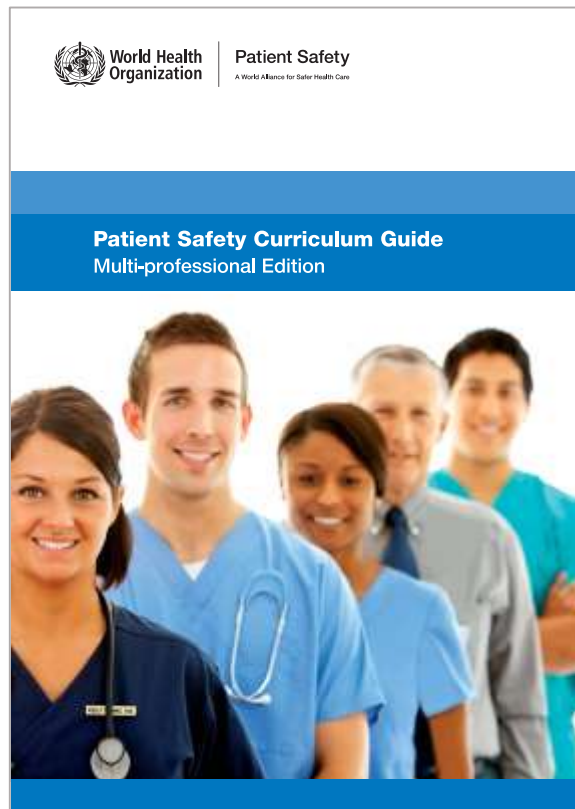
- Ayudan al paciente a identificar problemas de seguridad.
- Se implementan en entornos de atención sanitaria, alentando a los pacientes a tomar medidas concretas en aspectos en los que están claramente instruidos: identificación, uso seguro de medicación, etc.
- **Facilitan y promueven que el paciente pregunte** a los profesionales para aclarar sus dudas.
- **No confrontan al paciente con los profesionales.** Algunas iniciativas, como animar al paciente a que pida a los profesionales que le atienden que se laven las manos, pueden coartar su participación.
- Permiten a los pacientes **aportar información retrospectiva**, a través de encuestas, entrevistas, notificación de incidencias, sugerencias de mejora, etc.

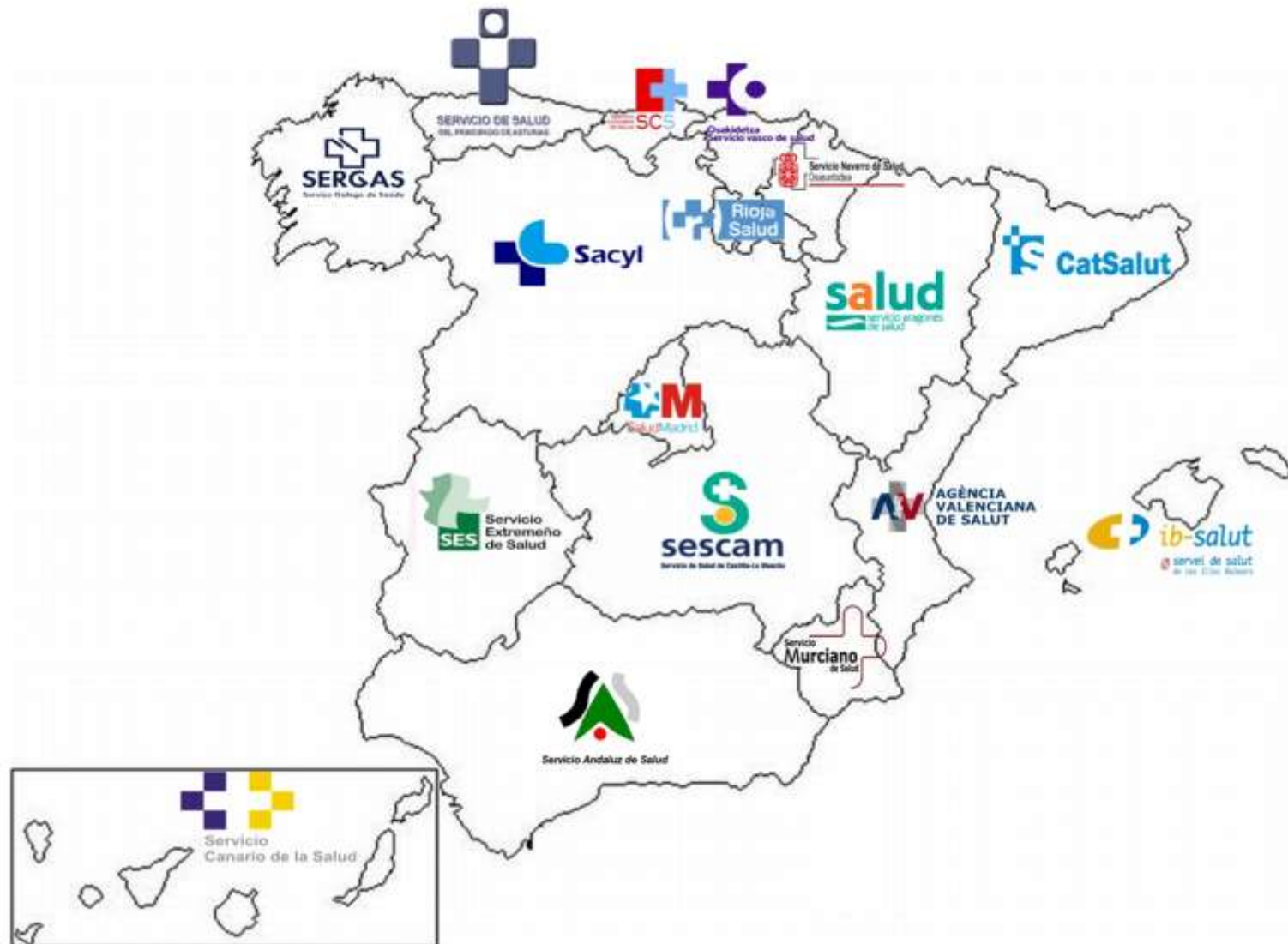
5  **Formación, competencias y seguridad del personal de salud**

Figure A.2.1. Structure of the Australian Patient Safety Education Framework



Source: *National Patient Safety Education Framework*, Commonwealth of Australia, 2005 [1].





Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020

Estrategia

de

Pa

N

Per

Manual para la Evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Período 2015-2020

SANIDAD
MINISTERIO DE SANIDAD

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2022
MINISTERIO DE SANIDAD

Línea Estratégica 1. Cultura de Seguridad, factores humanos, organizativos y formación

Objetivo 1. Mejorar la cultura de seguridad, factores humanos y organizativos

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L1O1.1	CAP que disponen de un Plan de SP	Nº CAP de la CC.AA. que disponen de un plan de SP x 100 / Nº CAP de la CC.AA.	E	CC.AA.
L1O1.2	Hospitales que disponen de un plan de SP	Nº hospitales de la CC.AA. que tienen un Plan de SP x 100 / Nº hospitales de la CC.AA.	E	CC.AA.

Línea Estratégica 2. Prácticas clínicas seguras

Objetivo 2.1. Promover el uso seguro del medicamento

Objetivo	Título	Formula	Tipo	Fuente de datos
L2O2.1.1	Hospitales con protocolo para MAR	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de un protocolo para MAR x 100 / Nº hospitales de la CC.AA.	E	CC.AA.
L2O2.1.2	CAP con protocolo para MARC	Nº CAP de la CC.AA. que disponen de MARC x 100 / Nº t de CAP de la CC.AA.	E	CC.AA.
L2O2.1.3	Hospitales con acciones de mejora en seguridad de medicamentos	Nº hospitales de la CC.AA. que disponen de acciones de mejora de la seguridad de medicamentos en pacientes crónicos polimedicados x 100 / Nº hospitales de la CC.AA.	E	CC.AA.
L2O2.1.4	Hospitales que realizan actuaciones de conciliación al alta	Nº hospitales de la CC.AA. que realizan acciones de conciliación al alta x 100 / Nº hospitales de la CC.AA.	P	CC.AA.

INDICADORES CLAVE SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Versión 2.0

ABRIR APLICACIÓN

No mostrar esta pantalla en visitas posteriores

S. G. Información Sanitaria
Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS

247 indicadores: 14 relacionados con la Seguridad del Paciente



Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Periodo 2015-2020

Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD



Figura 4. CAP y Hospitales que disponen de un Plan de Seguridad del Paciente



Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Periodo 2015-2020

Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD

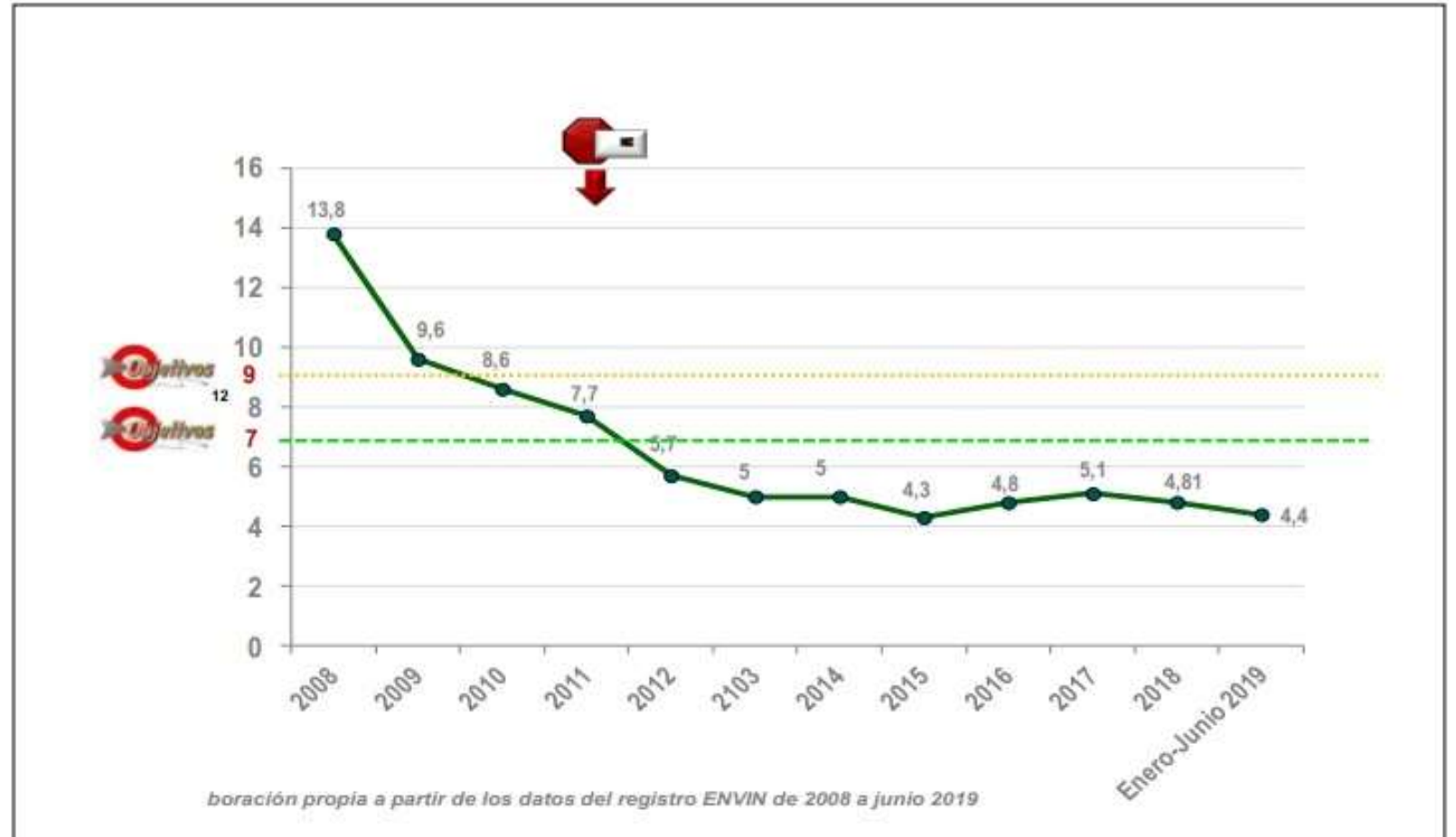


Figura 32. Evolución de las tasas de NVM. Periodo enero 2008- junio de 2019



Informe de evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Periodo 2015-2020

Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud

MINISTERIO DE SANIDAD

Evolución temporal del % de camas de UCI con PBA en el punto de atención



COMPROMISO DIRECTIVO





PROGRAMA DE

CIRUGÍA SEGURA

DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PROTOCOLO

Utilidad de los listados de verificación quirúrgica: efecto sobre las relaciones y comunicación en el equipo de trabajo, la morbi-mortalidad y la seguridad del paciente

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**Guía de Recomendaciones para
ofrecer una adecuada respuesta
al paciente tras la ocurrencia de
un evento adverso y atender a las
segundas y terceras víctimas**

<https://www.segundasvictimas.es/>

Diseño de guías y herramientas para reducir el impacto que los eventos adversos también tienen en los profesionales sanitarios (segundas víctimas) de atención primaria y hospitales (proyecto coordinado) - PI13/0473 y PI13/01220



**Protocolo de Atención a
Segundas Víctimas**





An initiative of the ABIM Foundation



Asociación Española de Urología

RECOMIENDA:

- 1 No realizar TAC de estadiaje ni Gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado si el PSA es menor de 10 y el Gleason es menor de 8.
- 2 No tratar la vejiga hiperactiva sin excluir otras patologías que puedan causar sintomatología similar.
- 3 No restringir la ingesta de calcio en los pacientes con litiasis renal cálcica recidivante si su dieta se considera adecuada.
- 4 En pacientes asintomáticos y con PSA inferiores a la normalidad, no realizar determinaciones de PSA en intervalos inferiores a 1 año.
- 5 No realizar estudios de fertilidad, tanto en la mujer como en el varón, sin disponer de al menos dos seminogramas que no cumplan parámetros de normalidad

Estas recomendaciones se enmarcan en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, GuíaSalud y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)**.

La información sobre el proyecto está disponible en:

http://10.15.5.20:8162/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm

Choosing Wisely®

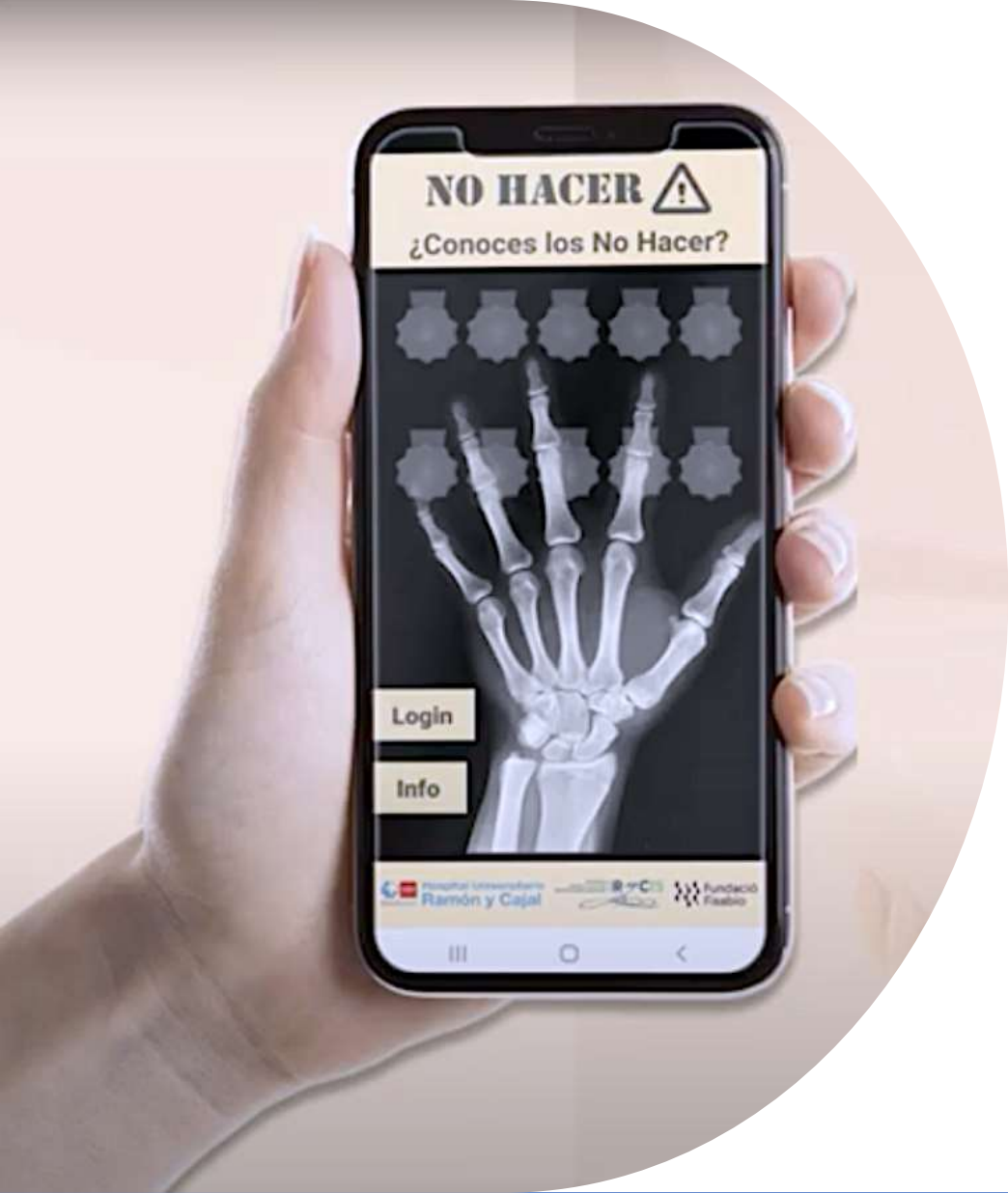
An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Neurology



Five Things Physicians and Patients Should Question

- 1 **Don't perform electroencephalography (EEG) for headaches.**
EEG has no advantage over clinical evaluation in diagnosing headache, does not improve outcomes and increases cost. Recurrent headache is the most common pain problem, affecting 15% to 20% of people.
- 2 **Don't perform imaging of the carotid arteries for simple syncope without other neurologic symptoms.**
Occlusive carotid artery disease does not cause fainting but rather causes focal neurologic deficits such as unilateral weakness. Thus, carotid imaging will not identify the cause of the fainting and increases cost. Fainting is a frequent complaint, affecting 40% of people during their lifetime.
- 3 **Don't use opioid or butalbital treatment for migraine except as a last resort.**
Opioid and butalbital treatment for migraine should be avoided because more effective, migraine-specific treatments are available. Frequent use of opioid and butalbital treatment can worsen headaches. Opioids should be reserved for those with medical conditions precluding the use of migraine-specific treatments or for those who fail these treatments.



APP NO HACER

Gamificación digital para promover las 'Recomendaciones No Hacer'





PROQUALIS
APRIMORANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE



25 AÑOS DE *TO ERR IS HUMAN:* *AVANCES Y DESAFÍOS*

Jorge de Vicente Guijarro. MD, MPH, MHA, PhD
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.