



ACTUACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EN LAS ÁREAS DE SALUD:

Análisis de situación

Septiembre 2013

Programa Seguridad del Paciente
Subdirección de SM y Programas Asistenciales
Servicio Extremeño de Salud

PROGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Desde el Programa de Seguridad del Paciente del SES se detecta la necesidad de conocer la situación actual de las actuaciones relacionadas con seguridad del paciente, con el propósito de establecer y priorizar desde Servicios Centrales criterios mínimos y comunes a seguir por las Áreas de Salud.

Teniendo en cuenta las líneas estratégicas y las actuaciones recogidas en el Plan de Seguridad del Paciente del SES 2011 – 2016, se les solicitó a las Áreas de Salud una serie de datos relacionados. El presente documento se ha elaborado a partir de la información facilitada por los Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente de las Áreas de Salud, a los que desde aquí agradecemos su colaboración.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en base a las actuaciones del Plan Estratégico en las que existen iniciativas locales, acompañadas de una serie de conclusiones específicas y propuestas de tareas a realizar.

A partir de los resultados obtenidos, de las prácticas seguras priorizadas en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente y de las nuevas directrices y recomendaciones del Ministerio en materia de Calidad y Seguridad del Paciente, al final de este documento, se detallan las tareas consideradas como prioritarias a realizar, y que podrían servir como punto de partida para la elaboración y definición de indicadores a evaluar y monitorizar tanto a nivel Central como a nivel de las Áreas de Salud.

ACTUACIONES EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ÁREAS DE SALUD:

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE [3.1.1.]

FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE [3.1.2. (8 y 9)]

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS [3.2.3.]

PUNTOS CRÍTICOS EN PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS [3.3.5.]

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y SEGURIDAD ESTRUCTURAL

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS

SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

RIESGOS DE CAIDAS Y ACCIDENTES

ÚLCERAS POR PRESIÓN

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

SEGURIDAD EN SALUD MENTAL

DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN

ERRORES EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

ALERGIA AL LÁTEX

NOTA: La numeración que aparece al lado de cada actuación corresponde a la que aparece en el índice del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011 – 2016



ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016 : Bloque 1. LIDERAZGO ORGANIZACIÓN Y CULTURA

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIDADES FUNCIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS ÁREAS DE SALUD

En las Áreas de Salud, además de las Unidad de Calidad, existen las Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente (o nombre similar). La siguiente tabla recoge información de éstas últimas.

	EXISTENCIA	DENOMINACIÓN LOCAL	CONSTITUCIÓN /RENOVACIÓN	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	COMPOSICIÓN
BADAJOS	si	Comité Seguridad Paciente	2010 / 2012	AP y AE de zona Badajoz	multiprofesional
LLER-ZAF	si	Comisión Seguridad Paciente	2008 / 2013	AE del Área	multiprofesional
MÉRIDA	si	Comisión Seguridad Paciente	2009 / 2012	AE del Área	multiprofesional
D.B – VVA	si	Comisión Seguridad Paciente	2010	AE de zona D. Benito	multiprofesional
CÁCERES	si	Comisión de Gestión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente	2011	AP y AE del Área	multiprofesional
CORIA	si	Comisión de Calidad y Seguridad del Paciente	2013	AP y AE del Área	multiprofesional
PLASENCIA	si	Comisión de Riesgos Sanitarios y Seguridad del Paciente	2011	AE del Área	multiprofesional
NAVALMORAL	no**	—		—	—

NOTA: para ampliar información consultar el Dossier "Unidades de Calidad de las Áreas de Salud" de marzo 2013

CONCLUSIONES: Todas las Áreas de Salud tienen constituidas la Unidad Funcional de SdP (o similar). Cada Área de Salud le da una denominación distinta.

TAREAS A REALIZAR:

Decidir un nombre común para esta Comisión desde Servicios Centrales, teniendo en cuenta que en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016 se les denomina Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente.

Unificar al ámbito de actuación de las mismas; incorporando a profesionales asistenciales de AP.

Activarlas y establecer desde Servicios Centrales los objetivos mínimos e indicadores a evaluar anualmente

Establecer y definir la estructura en materia de Calidad y Seguridad del Paciente en Servicios Centrales, así como el circuito de coordinación



FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016 : Bloque 1. LIDERAZGO ORGANIZACIÓN Y CULTURA

FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES FORMATIVAS Y LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En cada Área de Salud se proponen y desarrollan una serie de actividades formativas dirigida a los profesionales. Además se llevan a cabo algunas líneas de investigación. En la siguiente tabla se informa de ello.

	PLAN FORMATIVO ANUAL	OTRAS ACTIVIDADES (fuera del Plan)	ECSAS / UNIDAD DOCENCIA DEL ÁREA	LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN
BADAJOS	no	si	Unidad Docencia	si
LLER-ZAF	no	si	*	si
MÉRIDA	si	si	ECSAS + U. Docencia	si
D.B – VVA	no	si	Unidad Docencia	si
CÁCERES	no	si	ECSAS + U. Docencia	no
CORIA	no	no	no	no
PLASENCIA	no	si	*	si
NAVALMORAL	no	si	Unidad Docencia	no

ECSAS= Escuela Ciencias de la Salud y de la Atención Social

* = El área no Informa

**= Líneas subvencionadas por el Ministerio

TEMÁTICA DE LAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

BADAJOS: Administración segura de fármacos en pediatría y adolescencia en el domicilio**

LLERENA: lavado de manos, trazabilidad en esterilización**, seguridad de medicamentos

MÉRIDA: Prevención infec con Higiene de manos**, seguridad del paciente quirúrgico**, ilnfec. de cateter venoso periféricos, infec de heridas quirúrgicas, contaminación de hemocultivos

DON BENITO: Prevención de la infección quirúrgica**, evaluación de las acciones de la comisión de seguridad

CÁCERES: Prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica**

PLASENCIA: Plan seguridad 2010**, Detección de sobredosis y envenenamiento por uso terapeutico que provoca hospitalización.

CONCLUSIONES: La mayoría de las Áreas desarrollan actividades formativas en materia de seguridad de paciente, aunque no están integradas en un Plan específico para actividades formativas en esta materia. Algunas Áreas han desarrollado líneas de investigación por medios propios, y en otros casos** mediante subvención del Ministerio para la implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente (año 2010).

TAREAS A REALIZAR:

Establecer un mínimo de actividades formativas anuales a organizar por las Unidades de Docencia de cada Área de Salud en materia de cultura de seguridad del paciente.

FORMACIÓN, INVESTIGACIÓN Y CULTURA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES FORMATIVAS CELEBRADAS EN LAS ÁREAS

A continuación se recogen los cursos, talleres y demás actividades formativas que se han llevado a cabo en las Áreas de Salud, en materia relacionada con seguridad del paciente y prácticas clínicas seguras, durante los años 2011 y 2012. Para conocer las actividades realizadas hasta ahora en el año 2013, véase la Memoria del Mes de Seguridad del Paciente.

BADAJOZ	AÑO 2011			AÑO 2012		
	Nº ACTIVIDADES	PROFESIONALES A LOS QUE ESTÁ DIRIGIDO	Nº PROFESIONALES FORMADOS	Nº ACTIVIDADES	PROFESIONALES A LOS QUE ESTÁ DIRIGIDO	Nº PROFESIONALES FORMADOS
LLER-ZAF	4	Enf + TCAE	83	12	Enf, TCAE, personal de cocina	337
MÉRIDA	2	Enf + TCAE + MIR+EIR	125	3	Enf + TCAE + MIR+EIR	200
D.B – VVA	*	*	*	1	*	30
CÁCERES	5	Médico + farmac + MIR+ personal sanitario	118	5	MIR + Per. Sanit + Per. No Sanit	94
CORIA	*	*	*	*	*	*
PLASENCIA	1	Per Sanit + Per. No Sanit	*	2	Médicos + Enf + Per sanit + Per no sanit	*
NAVALMORAL	2	Enf + TER	*	1	Enf	30

* = El área no Informa

TCAE= Técnicos Auxiliares de Enfermería

CONCLUSIONES: En la mayoría de las Áreas se llevan a cabo actividades formativas sobre materias asociadas a las distintas estrategias de seguridad del paciente

TAREAS A REALIZAR:

Establecer anualmente en coordinación con la ECSAS y las Unidades de Docencia de cada Área de Salud, las áreas formativas prioritarias, coincidiendo con las líneas estratégicas priorizadas desde Servicios Centrales.

Establecer el mínimo de actividades formativas que deben recibir los residentes de las distintas especialidades durante su periodo de formación

TEMÁTICAS DE LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS LLEVADAS A CABO EN LAS ÁREAS DE SALUD

Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente
Higiene de manos
Bacteriemia Zero
Identificación del paciente
Infección nosocomial
Área quirúrgica
Guías clínicas: seguridad y eficacia
Úlceras por presión
Uso medicamentos
Movilización de pacientes
Soporte ventilatorio
Terapia IV
Heridas
Seguridad alimentaria
Atención continuada
Confidencialidad de datos

DIFUSIÓN DE CULTURA Y PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS

A continuación se detalla información sobre las medidas de difusión de la cultura de seguridad del paciente y de las prácticas clínicas seguras.

	MEDIDAS DE DIFUSIÓN	ANÁLISIS CULTURA
BADAJOS	si	*
LLER-ZAF	si	si
MÉRIDA	si	si
D.B – VVA	si	no
CÁCERES	si	si
CORIA	si	no
PLASENCIA	si	no
NAVALMORAL	no	no

MEDIDAS EN BADAJOZ: Poster equivalencias dosimetría en Rx, póster profilaxis antibiótica quirúrgica, dotación carros de paradas, RCP

MEDIDAS EN LLERENA. Protocolo identificación de pacientes, lavado de manos normas para la transfusión

MEDIDAS EN MÉRIDA: talleres, cursos, carteles informativos. Etc

MEDIDAS EN DON BENITO: sesiones sobre higiene de manos

MEDIDA EN CÁCERES: Creación Comisión de Seguridad, creación de página web de seguridad paciente del Área, talleres, cursos y ses. clínicas

MEDIDAS EN CORIA: no especificadas

MEDIDAS EN PLASENCIA: sesiones sobre higiene de manos

CONCLUSIONES: La mayoría de las Áreas han llevado a cabo diversas medidas para difundir la cultura de seguridad del paciente y algunas prácticas clínicas seguras. Algunas han realizado el análisis de cultura de seguridad de algunos servicios del centro o de todo el centro.

En mayo de 2013 todas las Áreas de Salud participaron en el Mes de Seguridad del Paciente con actividades formativas e informativas de cultura de seguridad del paciente.

TAREAS A REALIZAR:

Diseñar campañas de difusión de cultura de seguridad del paciente y prácticas clínicas seguras concretas y sus materiales divulgativos asociados

Establecer las fechas y modo de llevar a cabo cada campaña de difusión en todos los centros sanitarios y socisanitarios

Fomentar la celebración anual del Mes de la Seguridad del Paciente en el mes de mayo

ACTIVIDADES FORMATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE ORGANIZADAS DESDE SERVICIOS CENTRALES

Desde el Programa de Seguridad del Paciente, en coordinación con la Escuela de Ciencias de la Salud y Atención Social, se organizan actividades formativas en materia de cultura de seguridad del paciente y prácticas clínicas seguras

TÍTULO	Nº HORAS LECTIVAS	PROFESIONALES A LOS QUE ESTÁ DIRIGIDO	Nº PROFESIONALES FORMADOS	LUGAR DE CELEBRACIÓN	FECHA
Gestión del Riesgo Sanitario (nivel avanzado)	30	Médicos y enfermería del SES y SEPAD	15	Mérida	17/09/13
Introducción a la seguridad del paciente: prácticas clínicas seguras (nivel básico)	30	Médicos y enfermería del SES y SEPAD	20	Mérida	09/05/13
Seguridad del Paciente en uso seguro del medicamento	14	Personal sanitario de urgencias y emergencias	15	Badajoz	01/05/12
Estrategia de salud mental y otros entornos asistenciales	15	Prof sanitarios de la red de salud mental	20	Mérida	01/05/12
Cuidados Básicos desde la perspectiva de seguridad del paciente	24	Auxiliares de enfermería	25	Don Benito	01/11/11
Intervención enfermera en seguridad del paciente	30	Enfermería	25	Don Benito	01/04/11



SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016 : Bloque 2. SISTEMA DE APRENDIZAJE Y CAMBIO

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

EXISTENCIA DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ESPECÍFICOS

En las Áreas de Salud disponen de sistemas de identificación y notificación de eventos adversos específicos, tales como caídas, úlceras por presión, infecciones nosocomiales, etc. A continuación se detallan los existentes en cada Área de Salud

	NOTIF. CAÍDAS	NOTIF. INF. NOSOCOMIAL	NOTIF. UPP	NOTIF. REACC. MTOS (tarjeta amarilla)	NOTIF. REACC. MTOS (otro sistema)	OTROS SISTEMAS NOTIFICACIÓN ESPECÍFICOS
BADAJOS	si	si	si	si	si	no
LLER-ZAF	si	no	si	si	no	no
MÉRIDA	si	si	si	si	no	no
D.B – VVA	si	no	si	si	si	no
CÁCERES	si	si	si	si	no	*
CORIA	si	no	si	si	no	*
PLASENCIA	*	*	*	*	*	*
NAVALMORAL	si	no	si	si	no	Reacc. Transfusionales

* = El área no Informa

CONCLUSIONES: Todas las Áreas disponen de sistema de notificación de caídas, de úlceras por presión y de reacciones a los medicamentos por tarjeta amarilla. En cuanto al sistema de notificación de infecciones nosocomiales solamente está activo en algunas de ellas. Otro sistema de notificación específico es el de reacciones transfusionales

TAREAS A REALIZAR:

Homogenizar el procedimiento de notificación de estos incidentes, para que sea el mismo en todas las Áreas de Salud

Diseñar un sistema centralizado de monitorización trimestral/semestral de dichos resultados desde el Programa de Seguridad del paciente en coordinación con la Subdirección de Atención Especializada

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

NÚMERO DE NOTIFICACIONES DE EVENTOS ADVERSOS ESPECÍFICOS

Los sistemas de notificación específicos se basan en la recogida de datos en forma de indicador (nº de casos), sin llevar asociado el análisis causal de los casos. La recogida de datos se hace desde las Direcciones de Enfermería, sin tener un criterio homogéneo de recogida.

	NOTIF. CAÍDAS	NOTIF. INF. NOSOCOMIAL	NOTIF. UPP	NOTIF. REACC. MTOS	OTROS SISTEMAS NOTIFICACIÓN ESPECÍFICOS
BADAJOS	1 (2011) 1 (2012)	4 (2011) 2 (2012)	2 (2011) 0 (2012)	2 (2011) 3 (2012)	*
LLER-ZAF	sin datos	no existe	sin datos	0 (2011) 0 (2012)	no existe
MÉRIDA	10 (2011) 18 (2012)	*	63 (2011) 49 (2012)	*	no existe
D.B – VVA	sin datos	no existe	sin datos	2 (2011) 1 (2012)	no existe
CÁCERES	9 (2011)	datos epine	29 (2011)	no existe	*
CORIA	*	*	*	*	*
PLASENCIA	*	*	*	*	*
NAVALMORAL	18 (2011) 19 (2012)	no existe	19 (2011) 24 (2012)	no existe	1 (2011) 2 (2012)

* = El área no Informa

CONCLUSIONES: Aunque en todas las Áreas de Salud existen sistemas de notificación de eventos adversos específicos, no en todas ellas disponen de datos. Cada Área tiene una forma de registrar los datos: prevalencia, índice de prevención, nº absolutos, etc...

TAREAS A REALIZAR:

Unificar el sistema de registro de estos eventos adversos y diseñar un sistema centralizado de evaluación continua.

Integrar la notificación de estos eventos específicos en un sistema de notificación general

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

EXISTENCIA DE SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS GENERAL

En algunas Áreas de Salud disponen de un Sistema General de Notificación de Eventos Adversos.

	EXISTENCIA	PLENO RENDIMIENTO	CAUSAS DE NO FUNCIONAMIENTO
BADAJOS	si	no	1
LLER-ZAF	no		
MÉRIDA	si**	no	1, 3, 4 = inercia de los profesionales
D.B – VVA	no		
CÁCERES	no		
CORIA	no		
PLASENCIA	si	no	1
NAVALMORAL	no		

**= adjunta documento

CAUSAS DE NO FUNCIONAMIENTO: 1= falta difusión, 2 =falta recursos humanos, 3 = falta apoyo desde gerencia, 4 = otros motivos

CONCLUSIONES: Las Áreas de Badajoz, Mérida y Plasencia disponen de un sistema de notificación general, de los cuales ninguno de ellos funciona a pleno rendimiento. Entre las causas atribuidas al mal funcionamiento está la falta de difusión entre los profesionales, y en algunos casos la falta de apoyo desde la Gerencia.

TAREAS A REALIZAR:

Implementar un único Sistema de Notificación de Eventos Adversos a utilizar por todas las Áreas de Salud. Adscribirnos como región al Sistema de Notificación Nacional SINASP

Establecer un núcleo centralizado del Sistema de Notificación, donde se reciba los casos analizados y los datos agregados de cada Área. Éste núcleo central también tendría función de apoyo metodológico a las Comisiones de Seguridad de las Áreas, encargadas del análisis local de las notificaciones.

Planificar y llevar a cabo tareas de difusión, formación y entrenamiento sobre el uso y la finalidad del sistema de notificación a los gestores del sistema de notificación en las Áreas y a los profesionales de los centros sanitarios

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE EXISTEN

En la tabla siguiente se recoge la información sobre las características y funcionamiento de los sistemas de notificación que existen en las Áreas de Salud

	FORMATO DE NOTIFICACIÓN	QUIEN RECIBE LA NOTIFICACIÓN	EQUIPO DE ANÁLISIS	METODOLOGÍA AMFE / ACR
BADAJOS	Página web	Coordinador de Calidad	Unidad de Calidad	Otro tipo de análisis
MÉRIDA	En papel	Unidad de Calidad y SdP	Unidad de Calidad y SdP	Sí
PLASENCIA	Página web y papel	Coordinador de Calidad y Farmacéutico de Área de AP (experto en Seguridad del Paciente)	Unidad de Calidad	Otro tipo de análisis

CONCLUSIONES: Cada Área tiene su propio sistema de notificación. Cada uno con un formulario y formato distinto. El equipo de análisis son los profesionales de las Unidades de Calidad (1 ó 2 personas). No utilizan las Unidades Funcionales ni un grupo de análisis específico para ello. No queda claro qué sistema de análisis ni el procedimiento de comunicación utilizan cuando reciben alguna notificación

TAREAS A REALIZAR:

Implantar un único Sistema General de Notificación de Eventos Adversos

Planificar las fases y las estructuras necesarias para la implantación, difusión y coordinación de un único Sistema de Notificación de Eventos Adversos

Establecer una red de coordinación para recabar información sobre otras fuentes de datos de posibles eventos adversos, tales como farmacovigilancia, hemovigilancia, CMBD, Servicio de Atención al Usuario, Comités de Infecciones Nosocomiales, etc..

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE EXISTEN (y II)

En la tabla siguiente se recoge información sobre las características y funcionamiento de los sistemas de notificación que existen, referidas al feed back a los profesionales después del análisis del caso notificado

	FEED BACK A PROFESIONALES	PLATAFORMA DIGITAL PARA FEED BACK Y DIFUSIÓN	DIFUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN	MEDIDAS DE DIFUSIÓN
BADAJOS	A los profesionales del servicio que notifica	Sí	No	
MÉRIDA	A los profesionales del servicio que notifica	No	Sí	seminarios e información escrita
PLASENCIA	A los profesionales del servicio que notifica	Sí	Sí	no especificada

CONCLUSIONES: Solamente hacen feed back a los profesionales del servicio en el que se produce el evento adverso. El tipo de incidente y la barrera de seguridad implantada no se difunde al resto de profesionales del centro ni a los demás centros sanitarios del SES. No queda claro el modo en el que hacen el feed back y la difusión de alertas de seguridad o prácticas clínicas seguras implantadas.

TAREAS A REALIZAR:

Diseñar y establecer desde Servicios Centrales el procedimiento de recepción, análisis y feed back de la información del Sistema de Notificación

Realizar una campaña de difusión del procedimiento de notificación, para darlo a conocer a los profesionales, fomentando el uso del sistema de notificación desde la perspectiva de la cultura de seguridad del paciente

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

DATOS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS QUE EXISTEN

En la tabla siguiente se recogen los eventos adversos notificados desde los sistemas de notificación de las Áreas de Salud en los años 2011 y 2012

	Nº INCIDENTES + Nº EVENTOS ADVERSOS (Año 2011)	Nº INCIDENTES + Nº EVENTOS ADVERSOS (Año 2012)	CATEGORIAS PROFESIONALES QUE MÁS NOTIFICAN (Año 2011)	CATEGORIAS PROFESIONALES QUE MÁS NOTIFICAN (Año 2012)
BADAJEZ	119	26	Médicos (45%), Enfermería (27%), Personal no sanit (21%)	Enfermería (48%), Médico (28%), Personal no sanit (20%)
MÉRIDA	69	*	Médicos (57%), Enfermería (33%), Otros (10%)	*
PLASENCIA	no existía	5	no existía	Aux. Enfermería (100%)

* = El área no Informa

TIPOS DE EVENTOS ADVERSOS MÁS FRECUENTES

BADAJEZ: Año 2011: Reac. Adversas a Mtos. (9,24%), error identificación pacientes (5%)

Año 2012: Caídas (19,23%), Reac. Adversas a Mtos (11,5%)

MÉRIDA Año 2011: identificación de paciente. (49%), errores de medicación (20%), transfusión (13%)

PLASENCIA Año 2012: Identificación del paciente (100%)

CONCLUSIONES: Las categorías profesionales que más notifican son los facultativos y enfermería. Los eventos adversos más frecuentes son: errores en la identificación del paciente, errores de medicación, errores en la transfusión y caídas del paciente. Hay un descenso muy significativo de las notificaciones recibidas en el año 2012 con respecto a las del año anterior en el Área de Badajoz

TAREAS A REALIZAR:

Realizar una campaña de difusión del procedimiento de notificación, para darlo a conocer a los profesionales, fomentando el uso del sistema de notificación desde la perspectiva de la cultura de seguridad del paciente



PUNTOS CRÍTICOS EN PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016 : Bloque 3. IMPLANTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

PUNTOS CRÍTICOS EN PROCESOS OPERATIVOS Y PRÁCTICAS SEGURAS

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y SEGURIDAD ESTRUCTURAL
IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE
COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES
USO SEGURO DEL MEDICAMENTO
INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA
TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS
SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA
RIESGOS DE CAIDAS Y ACCIDENTES
ÚLCERAS POR PRESIÓN
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
SEGURIDAD EN SALUD MENTAL
DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN
ERRORES EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR
REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA
ALERGIA AL LÁTEX

NOTA: Sigue el orden en el que aparecen en el índice del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011 - 2016



BARRERAS ARQUITECTÓNICAS Y SEGURIDAD ESTRUCTURAL

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 58

Orden 19/19

IDENTIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS. SEÑALIZACIÓN DE LOS CENTROS

OBJETIVO PLAN SdP: Establecer los mecanismos necesarios para identificar, evaluar y eliminar las barreras arquitectónicas presentes en los centros

	EXISTENCIA DE GUÍA/PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE BARRERAS ARQUITECTÓNICAS	EVALUACIÓN PERIÓDICA DEL PROGRAMA DE SEÑALIZACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS
BADAJOS	si	si
LLER-ZAF	no	no
MÉRIDA	no	si
D.B – VVA	si	si
CÁCERES	no	si
CORIA	si	si
PLASENCIA	si	si
NAVALMORAL	no	no

DON BENITO: se evaluó hace tiempo en el Plan de Calidad del Contrato de Gestión

CÁCERES: el servicio de ingeniería y mantenimiento lleva a cabo acciones en este sentido (documentadas en la memoria de calidad del Área). En varios centros de salud y en el hospital San Pedro de Alcántara se han realizado obras de adecuación de la accesibilidad. En todos los centros de salud y en los hospitales se realiza de forma anual una revisión íntegra y reposición de la señalización

TAREAS A REALIZAR:

Planificar una evaluación periódica anual de todos los centros y sus servicios

Establecer coordinación con los Servicios de Ingeniería y Mantenimiento de los centros y la Subdirección de Obras, Instalaciones y Equipamiento de la Secretaría General del SES



IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 84.1 Orden 3/19

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL

OBJETIVO PLAN SdP: Estandarizar y unificar los procedimientos que aseguren la inequívoca identificación de pacientes, así como la comunicación e identificación de determinados factores de riesgos intrínsecos de los mismos.

A continuación se describe el método de identificación del paciente que disponen los hospitales. Del mismo modo, se pretende conocer la disponibilidad de algún protocolo que estandarice el procedimiento de identificación del paciente. Se trata de forma específica la identificación de pacientes neonatos.

	DISPONIBILIDAD MÉTODO DE IDENTIFICACIÓN	MÉTODO	PROTOCOLO ESTANDARIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO	HOSPITALES EN LOS QUE ESTÁ IMPLANTADO	GRADO DE IMPLANTACIÓN	MÉTODO y/o PROTOCOLO IDENTIFICACIÓN NEONATOS
BADAJOZ	no	no	no	Hº MaternoInfantil	*	si
LLER-ZAF	si	pulsera identificativa	si**	Hº Llerena. Hº Zafra	*	si**
MÉRIDA	si	pulsera identificativa	si**	Hº Mérida	100%	si
D.B – VVA	si	pulsera identificativa	no	Hº Don Benito	>90%	si
CÁCERES	si	pulsera identificativa	si**	Complejo Hº	*	si
CORIA	si	*	si	Hº Coria	100%	si
PLASENCIA	si	pulsera identificativa	si	Hº Plasencia	100%	si
NAVALMORAL	si	pulsera identificativa	si**	Hº Campo Arañuelo	100%	si

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: En todas las Áreas de Salud está implantado el uso de pulseras identificativas del paciente, pero en algunas Áreas utilizan un tipo de pulsera distinta a la que usan en la mayoría de las Áreas

TAREAS A REALIZAR:

Unificar el tipo de pulsera, así como la asignación de color a cada alertas o factor de riesgo.

Diseñar y desarrollar una campaña de presentación y difusión entre profesionales y usuarios

IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL

TIPO DE PULSERAS QUE UTILIZAN EN CADA ÁREA DE SALUD

BADAJOS: solo tienen implantado el sistema madre-neonato en el paritorio del Hº MaternoInfantil. También pulseras de identificación de alergias

LLERENA: Pulsera con logotipo del SES. Adhesivo amarillo para riesgo de caídas, Adhesivo rojo para alergias. Pulsera blanca para transfusiones. Pulsera para madre-neonato

MÉRIDA: Pulsera de polipropileno con clips de colores. Clips rojo: alergia. Clips amarillo: riesgo de caídas. Clips violeta: riesgo UPP. Pulsera para madre-neonato

DON BENITO: Pulsera con logo del SES. Pulsera madre-neonato.

CACERES: Pulsera con logo del SES, con adhesivos de identificación del riesgo: amarillo: alergia. Azul: caídas. Pulsera roja para transfusiones. Pulsera madre-neonato

CORIA: no detalla el método ni adjunta más información

PLASENCIA: no detalla el método ni adjunta más información

NAVALMORAL: Pulsera logo SES. No tienen adhesivos identificativos del riesgo.

Muestra de la pulsera identificativa utilizada por la mayoría de los centros hospitalarios del SES





COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 81.6 Orden 5/19

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

PROCEDIMIENTOS DE COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE PROFESIONALES

OBJETIVO PLAN SdP: Favorecer la comunicación bidireccional entre los diferentes niveles asistenciales, estandarizando y unificando los mecanismos de comunicación inter e intraniveles. Esto permitiría minimizar el riesgo de confusión durante la transmisión de información entre profesionales y entre éstos y los pacientes.

	PROCEDIMIENTOS DE TRANSFERENCIAS DE PACIENTES (entre servicios y/o entre niveles)	ESTANDARIZACIÓN DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y SÍMBOLOS
BADAJOS	*	no
LLER-ZAF	no	no
MÉRIDA	si	no
D.B – VVA	si	no
CÁCERES	si	no
CORIA	no	no
PLASENCIA	si	*
NAVALMORAL	si	no

* = El área no Informa

CONCLUSIONES: En cuanto a los procedimientos de transferencias de pacientes, las Áreas que han respondido que disponen de ellos, hacen referencia al uso de Jara e Historia Clínica del paciente y sus documentos anexos (informe de alta, informe de derivación, etc) Los que han respondido que NO, o los que no han respondido, puede ser que no tengan claro a que se refiere este ítems

TAREAS A REALIZAR:

Fomentar el uso de los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta de Enfermería y otros documentos a través de JARA
Elaborar un listado de abreviaturas, siglas y símbolos de uso más frecuentes y difundirlo entre los profesionales



USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 85.8 Orden 2/19

USO SEGURO MEDICAMENTO

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: MEDIDAS, PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS

OBJETIVO PLAN SdP: Potenciar el uso seguro de los medicamentos en todos los niveles asistenciales a través de la prevención de los errores en los procesos de prescripción, dispensación, preparación, conservación y administración de los mismos

	PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS ASOCIADAS						
	IMPLANTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS ASOCIADAS	SERVICIOS EN LOS QUE ESTÁN IMLANTADAS	DOBLE CHEQUEO EN CALCULO DE DOSIS	DOBLE CHEQUEO EN ADMÓN MTOS	MTOS EN NEONATOS	TABLAS DOSIS, RITMO, FREC S/ EDAD Y PESO	CONTROL RESISTENCIAS A MICROBIANOS
BADAJOS	si	*	no	no	no	no	si
LLER-ZAF	si	en ambos Hº del complejo	si (prog informático con rev farma y rev enferm)	no	no	no	no
MÉRIDA	si	En todas las Unidades de Hospitalización	no	no	si	no	si
D.B – VVA	si	*	*	*	*	*	*
CÁCERES	si	*	no	no	no	no	si (S. Microbiología. Estudio periódico de sensibilidad ATB del Área **)
CORIA	si	*	no	no	no	si	no
PLASENCIA	si	*	si	no	si	no	no
NAVALMORAL	si	*	si	no	si	no	no

* = El área no Informa

** = adjunta documento

USO SEGURO MEDICAMENTO

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: MEDIDAS, PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS

OBJETIVO PLAN SdP: Potenciar el uso seguro de los medicamentos en todos los niveles asistenciales a través de la prevención de los errores en los procesos de prescripción, dispensación, preparación, conservación y administración de los mismos

	USO Y MANEJO DEL CIK	MTOS ALTO RIESGO	DISPENSACIÓN UNIDOSIS DESDE FARMACIA	SISTEMA CONTROL DE CADUCIDADES	IDENTIFICACIÓN DE ALERGIAS	OTRAS	OTRAS
BADAJOS	si**	si (tabla en Boletín de Noticias Farmacoterapéuticas del Área**)	si	si (Sistema Kardex**)	no	Manejo seguro del metrotexato en AP**	
LLER-ZAF	no	no	si **	si **	si	PNT revisión botiquines Unidad Enferm**	
MÉRIDA	si**	si	si	no	si		
D.B – VVA	*	*	*	*	*	Guía farmacoterapéutica del Área**	
CÁCERES	no	no	si (no en el 100% servic del complejo)	si (anual por S. Farmacia)	si (comunicadas al S. Farmac. Sistema d avisos)	Armarios automatizados para la dispensación de mtos individualizada por pctes	Armarios de dispensación automática directa (en UCI y Urgencias)
CORIA	si	no	si	si	no		
PLASENCIA	no	si	si	si	si		
NAVALMORAL	no	no	si	si	si		

* = El área no Informa

** = adjunta documento

USO SEGURO MEDICAMENTO

USO SEGURO DEL MEDICAMENTO: MEDIDAS, PROCEDIMIENTOS O PRÁCTICAS SEGURAS IMPLANTADAS

OBJETIVO PLAN SdP: Potenciar el uso seguro de los medicamentos en todos los niveles asistenciales a través de la prevención de los errores en los procesos de prescripción, dispensación, preparación, conservación y administración de los mismos

CONCLUSIONES: Existe mucha variabilidad de prácticas clínicas seguras asociadas a la estrategia de uso seguro de medicamento en cada una de las Áreas de Salud.

TAREAS A REALIZAR:

Estudiar la viabilidad de implantar en todas las Áreas de Salud las prácticas seguras puesta en marcha en algunas de ellas como iniciativa local

Activar la estrategia de uso seguro del medicamento, y diseñar la puesta en marcha de prácticas clínicas seguras en todas las Áreas de Salud, en relación a:

- La conservación, prescripción, dispensación y preparación de los medicamentos
- Los medicamentos de alto riesgo
- La conciliación del tratamiento al ingreso, alta y en las transiciones asistenciales
- La coordinación con el Sistema de Farmacovigilancia



INFECCIÓN ASOCIADA A LA ASISTENCIA SANITARIA

Higiene de manos en la asistencia sanitaria
Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica
Prevención de bacteriemias asociadas a la inserción de cateter venoso central
Prevención de infecciones asociadas a catéteres urinarios
Prevención de infecciones en heridas quirúrgicas

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 86.0 Orden 1/19

INFECCIÓN ASOCIADA ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO PLAN SdP: Disponer de protocolos adecuadamente implantados y evaluados para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones nosocomiales en los centros sanitarios. Para ello se centra en las siguientes estrategias:

ASEPSIA E HIGIENE DE MANOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA

	PRÁCTICA SEGURA RELACIONADA	SERVICIOS EN LOS QUE ESTÁ IMPLANTADA	USO DE SOLUCIONES ALCOHÓLICAS. PROTOCOLO HM	CAMPAÑAS DE CONCIENCIACIÓN A PROFESIONALES	OTRAS / COMENTARIOS
BADAJOS	si	Todo el Complejo Hospitalario	si	si**	
LLER-ZAF	no	no	no	no	El Área, bajo subvención del Mº tuvo implantado y en pleno funcionamiento en el protocolo de HM. Desde hace unos años no disponen de soluciones hidroalcohólicas, ni tienen en marcha el protocolo
MÉRIDA	si	Hospital de Mérida	si**	si	Celebración del día mundial HM. Formación a cuidadores. Encuesta de uso a profesionales del Hº Mérida**. Protocolo uso de guantes sanitario**
D.B – VVA	si	Hospital Don Benito	si	si**	Carteles informativos**
CÁCERES	si	Todo el Complejo Hospitalario y centros de salud	si	si**	Cartelería en plantas de hospitalización y centros de salud, pegatinas en cuartos de baños, en controles de enfermería y en hemodialis
CORIA	si	*	si	si	
PLASENCIA	si	*	si	si	
NAVALMORAL	si	Servicios de hospitalización	si	no	Después de la epidemia de la Gripe A se relajó su uso

* = El área no Informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

	PRÁCTICA SEGURA RELACIONADA	PARTICIPACIÓN EN PROG. NEUMONIA ZERO	EXISTENCIA E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUIAS RELACIONADAS	OTRAS
BADAJOS	si	si	si**	
LLER-ZAF	no	no	no	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada
MÉRIDA	si	si	si	
D.B – VVA	si	si	si**	
CÁCERES	si	si	si	Cursos de formación, talleres y sesiones clínicas
CORIA	no	no	no	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada
PLASENCIA	si	si		
NAVALMORAL	no	no	no	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada

* = El área no Informa

** = adjunta documento

INFECCIÓN ASOCIADA ASISTENCIA SANITARIA

PREVENCIÓN DE BACTERIEMIAS ASOCIADAS A LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

	PRÁCTICA SEGURA RELACIONADA	PARTICIPACIÓN EN PROG. BACTERIEMIA ZERO	EXISTENCIA E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUIAS RELACIONADAS	OTRAS
BADAJOS	si	no	si**	
LLER-ZAF	si	no	si**	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada
MÉRIDA	si	si	si**	
D.B – VVA	si	si	si**	Compra de apósitos transparentes
CÁCERES	si	si	si**	
CORIA	no	no	no	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada
PLASENCIA	si	si	*	
NAVALMORAL	si	no	si**	No hay UCI ni Unidad de Reanimación prolongada

* = El área no Informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES URINARIOS

	PRÁCTICA SEGURA RELACIONADA	EXISTENCIA E IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUIAS RELACIONADAS	PROCEDIMIENTO DE MANTENIMIENTO DE LA ASEPSIA DEL SONDAJE URINARIO	OTRAS
BADAJOS	si	si**	si**	
LLER-ZAF	si	si**	si**	Normas de cateterización vesical incluidas en documento de Prevención de Transmisión infecciosas aprobadas por la Comisión de Infecciones (año 2006)
MÉRIDA	si	si	si**	
D.B – VVA	si	si	no	
CÁCERES	si	si**	no	
CORIA	si	si	si	
PLASENCIA	*	*	*	
NAVALMORAL	si	no	si**	

* = El área no Informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

	PROC. IDENTIFICACIÓN PTE. ALTO RIESGO INFECC	PROTOCOLO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	PROTOCOLO DE CIRCULACIÓN DE PERSONAS EN ÁREA QUIRÚRGICA	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL QUIRÚRGICO
BADAJOS	no	Si **	si	si**
LLER-ZAF	no	si**	si**	si**
MÉRIDA	no	si	no	si
D.B – VVA	no	si	si	si
CÁCERES	no	si**	si	
CORIA	si	si	no	no
PLASENCIA	no	si	no	si
NAVALMORAL	no	si	si	si

* = El área no Informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN HERIDAS QUIRÚRGICAS

	CUIDADOS POSTOPERATORIOS DE HERIDA QUIRÚRGICO	SISTEMA PROSPECTIVO DE MEDICIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA	OTROS
BADAJOS	si	no	Profilaxis antibiótica prequirúrgica por especialidades
LLER-ZAF	si	no	Protocolo cuidados de drenaje quirúrgicos**. Protocolo retirada suturas quirúrgicas**
MÉRIDA	si	si	
D.B – VVA	si	no	
CÁCERES	si	si	
CORIA	si	no	
PLASENCIA	no	no	
NAVALMORAL	si	no	

* = El área no informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA

OBJETIVO PLAN SdP: Disponer de protocolos adecuadamente implantados y evaluados para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones nosocomiales en los centros sanitarios. Para ello se centra en las siguientes estrategias:

- Asepsia e Higiene de Manos en la asistencia sanitaria
- Prevención de neumonía asociada a la ventilación mecánica
- Prevención de bacteriemias asociadas a la inserción de catéter venoso central
- Prevención de infecciones asociadas a catéter urinarios
- Prevención de infecciones en heridas quirúrgicas

CONCLUSIONES GENERALES: Existe mucha variabilidad de prácticas clínicas seguras asociadas a las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en cada una de las Áreas de Salud.

TAREAS A REALIZAR:

Establecer coordinación con los Comité de Infecciones de las Áreas de Salud

Desarrollar la estrategia de Higiene de Manos en todos los centros sanitarios y sociosanitarios: implantación, reactivación y evaluación de las buenas prácticas
Implantar la estrategia de Neumonía Zero y Bacteriemia Zero en todas las UCI de la región; Constitución de Grupo de Trabajo específico. Seguimiento del protocolo del Minsiterio. Definición de indicadores mínimos a monitorizar anualmente desde Servicios Centrales
Adaptar el protocolo de Bacteriemia Zero al resto de unidades y servicios hospitalarios

Unificar y difundir los protocolos de prevención de infecciones asociadas a catéteres urinarios y el de prevención de infecciones de las heridas quirúrgicas



TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 77,2 Orden 9/19

TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS

SEGURIDAD EN TRANSFUSIONES Y HEMODERIVADOS

OBJETIVO PLAN SdP: Disponer de un protocolo unificado de seguridad transfusional con el objetivo de minimizar los riesgos sanitarios asociados a todas las fases del proceso de transfusiones y hemoderivados

	EXISTENCIA PROTOCOLO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL	GRADO DE IMPLANTCIÓN DEL PROTOCOLO
BADAJOS	en proceso de actualización	
LLER-ZAF	si**	*
MÉRIDA	si**	100%
D.B – VVA	si**	*
CÁCERES	si	*
CORIA	si	100%
PLASENCIA	si	*
NAVALMORAL	si**	100%

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Casi todas las Áreas tiene implantado un protocolo de seguridad transfusional

TAREAS A REALIZAR:

Unificar el protocolo existente en cada Área de Salud, incluyendo el sistema de alerta por pulseras identificativas
Establecer desde el Programa de Seguridad del Paciente coordinación con el Sistema de Hemovigilancia Regional



SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 81,7 Orden 4/19

SEGURIDAD EN LA PRACTICA QUIRÚRGICA

SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

OBJETIVO PLAN SdP: Mejorar la seguridad en la práctica quirúrgica. Para ello se dispondrá de una serie de protocolos unificados y documentos normalizados basados en la última evidencia científica disponible y en las recomendaciones de la campaña "La cirugía segura salva vidas" de la OMS

	PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD AMBIENTAL EN EL ÁREA QUIRÚRGICA	LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROCESO QUIRÚRGICO	PROTOCOLO UNIFICADO DE PROFILAXIS ANTIABIÓTICA	OTRAS
BADAJOS	no	si**	si**	
LLER-ZAF	*	*	si**	
MÉRIDA	si	si**	si	Protocolo preparación prequirúrgica general
D.B – VVA	no	si	En espera de validación	
CÁCERES	si	Creado grupo de trabajo para la implantación	si**	Protocolo de higiene de pacientes quirúrgicos
CORIA	no	no	no	
PLASENCIA	no	si**	si	
NAVALMORAL	si	no	si**	

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Existe cierta variabilidad en cuanto al listado de verificación quirúrgica y demás estrategias de seguridad quirúrgica

TAREAS A REALIZAR:

Diseñar y desarrollar la estrategia de implantación del check list quirúrgico en todos los centros hospitalarios y demás estrategias que garanticen la seguridad quirúrgica (bioseguridad ambiental profilaxis antibiótica, seguridad anestésica, etc) incluyendo en Sistema Jara los documentos necesarios.



RIESGOS DE CAÍDAS Y ACCIDENTES

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 73,3 Orden 13/19

RIESGO DE CAÍDAS Y ACCIDENTES

PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES DEL PACIENTE

OBJETIVO PLAN SdP: Estandarizar y unificar las medidas encaminadas a prevenir las caídas de pacientes tanto en los centros sanitarios como en el ámbito comunitario

	EXISTENCIA MEDIDAS/PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES	GRADO DE IMPLANTCIÓN DEL PROTOCOLO	OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD RELACIONADAS
BADAJOS	si	*	
LLER-ZAF	si**	*	
MÉRIDA	si**	100%	
D.B – VVA	si	*	Agarraderas en duchas, camillas de seguridad para pacientes de riesgo
CÁCERES	si	*	
CORIA	si	100%	
PLASENCIA	si	*	
NAVALMORAL	si**	100%	

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Todas las Áreas de Salud disponen de medidas y/o protocolo de prevención de caídas y accidentes de los usuarios, además de un sistema de registro del nº de casos desde Direcciones de Enfermería

TAREAS A REALIZAR:

Unificar el protocolo de prevención y registro de caídas y accidente de los usuarios en todas las Áreas de Salud



ÚLCERAS POR PRESIÓN

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: **77,7** Orden **8/19**

ÚLCERAS POR PRESIÓN

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVO PLAN SdP: disponer de una guía de actuación basada en la última evidencia científica disponible sobre prevención, detección, tratamiento y evaluación de las úlceras por presión

	EXISTENCIA PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE UPP	GRADO DE IMPLANTCIÓN DEL PROTOCOLO
BADAJOZ	si**	80%
LLER-ZAF	si**	*
MÉRIDA	si**	100%
D.B – VVA	si, pero no escrito	80%
CÁCERES	si**	*
CORIA	si	100%
PLASENCIA	si	*
NAVALMORAL	si**	100%

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Todas las Áreas de Salud disponen de protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión

TAREAS A REALIZAR:

Unificar el protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en todas las Áreas de Salud, siguiendo las recomendaciones de la Guía Extremeña para la prevención y tratamiento de las UPP editado por el SES



TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 75,2 Orden 11/19

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y EMBOLISMO PULMONAR

PREVENCIÓN DE TVP Y TEP

OBJETIVO PLAN SdP: Disponer de una guía de actuación basada en la última evidencia disponible sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de TVP y TEP

	EXISTENCIA GUÍA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE TVP Y TEP	GRADO DE IMPLANTCIÓN DEL PROTOCOLO
BADAJOS	si	*
LLER-ZAF	si**	*
MÉRIDA	si	70%
D.B – VVA	si (distinto en cada servicio)**	*
CÁCERES	no	—
CORIA	no	—
PLASENCIA	si	*
NAVALMORAL	si**	no evaluado

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Existe cierta variabilidad en cuanto a la prevención de TVP y TEP

TAREAS A REALIZAR:

Unificar y difundir el protocolo o guía clínica de prevención y tratamiento de las TVP y TEP

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



SEGURIDAD EN SALUD MENTAL

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 69,3 Orden 17/19

SEGURIDAD EN SALUD MENTAL

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

OBJETIVO PLAN SdP: disponer de las medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de los pacientes en los dispositivos de la red de salud mental

	EXISTENCIA PROTOCOLO DE PREVENC. RIESGO POR MEDIDAS ESTRUCTURALES	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Y MATERIAL DE SUJECCIÓN HOMOLOGADO	PROTOCOLO PREVENCIÓN COMPORTAMIENTO AGRESIVO	PROTOCOLO PREVENCIÓN DE FUGAS	PROT. PREVENC. COMPORTAMIENTO SEXUALMENTE INAPROPIADO
BADAJOS	*	*	*	*	*
LLER-ZAF	no	si	si	si	si
MÉRIDA	no	si**	si**	si**	si**
D.B – VVA	no	si**	no	no	no
CÁCERES	no	si	no	no	no
CORIA	no	no	no	no	no
PLASENCIA	si	si	si	si	si
NAVALMORAL	no	si**	no	no	no

* = El área no Informa

** = adjunta documento

SEGURIDAD EN SALUD MENTAL

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN E LA RED DE SALUD MENTAL

OBJETIVO DEL PLAN SdP: disponer de las medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de los pacientes en los dispositivos de la red de salud mental

	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN SUICIDIO	ADAPTADO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL	ADAPTADO A TODOS LOS CENTROS Y SERVICIOS DEL ÁREA
BADAJOS	*	*	*
LLER-ZAF	si	si	no
MÉRIDA	si**	*	*
D.B – VVA	si**	si**	si**
CÁCERES	si	*	*
CORIA	si	no	si
PLASENCIA	si	si	no
NAVALMORAL	no	—	—

* = El área no Informa

** = adjunta documento

PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN E LA RED DE SALUD MENTAL

OBJETIVO PLAN SdP: disponer de las medidas estructurales, funcionales y de procedimientos asistenciales que garanticen la seguridad de los pacientes en los dispositivos de la red de salud mental

CONCLUSIONES: Algunas de las Áreas en las que se ubican las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica responden no tener determinados protocolos que sí están elaborados y publicados desde la Subdirección de Salud Mental. En cuanto al protocolo de contención mecánica y riesgo de suicidio, algunas Áreas, aplican el protocolo adaptado a los Hospitales Generales

TAREAS A REALIZAR:

Difundir y formar/reciclar a los profesionales en los protocolos disponibles en materia de seguridad en salud mental
Revisar y actualizar aquellos protocolos que sean necesarios, ej; contención mecánica, riesgo suicidio, etc
Adaptar algunos protocolos al resto de unidades de los Hospitales Generales
Elaborar el mapa de riesgo en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica



DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 73,8 Orden 12/19

DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN

PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN Y LA DESHIDRATACIÓN

OBJETIVO PLAN SdP: prevenir y abordar precozmente la desnutrición y la deshidratación de pacientes en riesgo de alteración nutricional e hidroelectrolítica

	EXISTENCIA DE PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN NUTRICIONAL Y MANEJO DEL ESTADO HIDROELECTROLÍTICO EN PACIENTES INGRESADOS	GRADO DE IMPLANTCIÓN DEL PROTOCOLO
BADAJOS	si**	100% Servicio ORL
LLER-ZAF	si**	—
MÉRIDA	no	—
D.B – VVA	no	—
CÁCERES	si**	*
CORIA	no	—
PLASENCIA	*	*
NAVALMORAL	si	no evaluado

* = El área no Informa

** = adjunta documento

TAREAS A REALIZAR:

Elaborar y difundir un protocolo unificado de intervención nutricional y manejo del estado hidroelectrolítico



ERRORES EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 76.3 Orden 10/19

ERRORES EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS

PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS

OBJETIVO PLAN SdP: evitar conexiones incorrectas de catéteres y otras vías, debida a cuestiones de diseño

	EXISTENCIA DE CATÉTERES Y EQUIPAMIENTOS, CUYO DISEÑO, ETIQUETADO Y COLOR CONTRIBUYA A PREVENIR ERRORES DE CONEXIÓN	EXISTENCIA DE LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS PROCESOS IMPLICADOS EN LA CONEXIÓN DE CATÉTERES Y OTRAS VÍAS
BADAJOS	*	*
LLER-ZAF	si	no
MÉRIDA	si	si
D.B – VVA	no	no
CÁCERES	si	*
CORIA	si	no
PLASENCIA	*	*
NAVALMORAL	si	no

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CÁCERES: Disponen de equipos destinados a evitar errores en la infusión de alimentación enteral en neonatos. Por el diseño de éstas solo podrían conectarse en la conexión proximal de una sonda nasogástrica. Esto impide que pueda ser conectado en un catéter intravenoso. Para evitar errores en la ventiloterapia, la medicación se administra cargada en un jeringa con émbolo de color verde, con el fin de evitar el error de ser administrada por vía intravenosa

TAREAS A REALIZAR:

Conocer las iniciativas puesta en marcha en cada Área de Salud y estudiar la viabilidad de la implantación unificada en todas las demás



EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 80.1 Orden 6/19

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

SEGURIDAD EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

OBJETIVO PLAN SdP: prevenir la morbilidad neonatal y materna durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio

	Prot. SEGUIMIENTO MATERNAL Y CONTROL FETAL	Prot. CRIBADO Y MANEJO DE DIABETES e HTA EN GESTANTES	ESTRATEGIA PARTO NORMAL DEL SNS	Prot. PREVENCIÓN TRAUMATISMO NEONATAL Y OBSTÉTRICO	Prot. PREVENCIÓN MUERTE MATERNA O MORBILIDAD GRAVE ASOCIADA AL PARTO	Proced. IDENTIFICACIÓN MADRE-NEONATO	Prot. ATENCIÓN AL DESARROLLO DEL NEONATO PREMATURO
BADAJOS	si**	si**	si**	si	no	si	si
LLER-ZAF	si**	si**	si**	no	no	si	no
MÉRIDA	no	no	no	no	no	si	si
D.B – VVA	si**	si**	si	si	no	si	no
CÁCERES	no	no	si**	no	no	no	no
CORIA	no	no	si	no	no	si	no
PLASENCIA	si	si	si	no	no	si	no
NAVALMORAL	si**	si**	si**	si**	no	si**	si**

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CÁCERES: Tienen constituido el Comité de Lactancia

CONCLUSIONES: Existe cierta variabilidad en cuanto a los protocolos relacionados con la seguridad en el embarazo, parto e puerperio

TAREAS A REALIZAR:

Unificar y difundir los protocolos relacionados con la seguridad en el embarazo, parto e puerperio, en base a la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS



RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR

En Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016:

Resultados del proceso de priorización de prácticas seguras:

Ponderación: 70,6 Orden 15/19

PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS EN RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR

OBJETIVO PLAN SdP: disponer de un Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica, en el que se incluya las medidas fundamentales y las recomendaciones relativas a la protección radiológica de profesionales y pacientes

	GUÍA PROTECCIÓN A PACIENTES	SISTEMA CONTROL Y PREVENCIÓN RADIACIÓN EN POB. INFANTOJUVENIL	CRITERIOS DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN RADIOTERAPIA	CONTROL EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LA DOSIS RECIBIDA	FORMACIÓN CONTINUA EN PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
BADAJOS	*	*	*	*	*
LLER-ZAF	*	si (CRIE)	*	*	*
MÉRIDA	si**	si	si**	no	si
D.B – VVA	si**	si	no	no	si
CÁCERES	si	si	si	*	*
CORIA	no	si	no	no	no
PLASENCIA	si**	si	si	no	si
NAVALMORAL	no	si	no	no	no

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Existe cierta variabilidad en cuanto a los protocolos relacionados con la seguridad en radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear

TAREAS A REALIZAR:

Unificar y difundir los protocolos relacionados con la seguridad en radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear, en base al Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica Nacional

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

SEGURIDAD EN REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

OBJETIVO DEL PLAN SdP: minimizar los riesgos sanitarios asociados a los procesos de rehabilitación y fisioterapia

	EXISTENCIA GUÍA o PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE DAÑOS DEL PACIENTE EN REHAB. Y FISIOTERAPIA	GRADO DE IMPLANTCIÓN
BADAJEZ	*	*
LLER-ZAF	no	—
MÉRIDA	no	—
D.B – VVA	*	*
CÁCERES	no	—
CORIA	no	—
PLASENCIA	*	*
NAVALMORAL	no	—

* = El área no Informa

** = adjunta documento

CONCLUSIONES: Las Áreas de Salud no disponen de un protocolo de prevención de daños al paciente en rehabilitación y fisioterapia

TAREAS A REALIZAR:

Diseñar e implantar un protocolo unificado de seguridad de pacientes en Rehabilitación y Fisioterapia



ALERGIA AL LÁTEX

ALERGIA AL LÁTEX

SEGURIDAD EN EL USO DE MATERIALES Y PRODUCTOS SANITARIOS LIBRES DE LÁTEX

OBJETIVO PLAN SdP: asegurar la identificación de pacientes con alergias asociadas al látex para aplicar protocolos específicos de actuación que permiten minimizar daños a pacientes

	EXISTENCIA PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS CON EL USO DE MATERIALES Y PRODUCTOS LIBRES DE LÁTEX	GRADO DE IMPLANTCIÓN
BADAJOS	no	—
LLER-ZAF	si**	*
MÉRIDA	si	100%
D.B – VVA	si**	*
CÁCERES	si**	*
CORIA	si	*
PLASENCIA	si	*
NAVALMORAL	si**	no evaluado

* = El área no Informa

** = adjunta documento

DON BENITO: Se constituyó una Comisión de Uso del Látex, para estudiar y resolver el problema de los pacientes con alergia al látex

TAREAS A REALIZAR:

Unificar los procedimientos existentes en las Áreas de Salud en base a la Estrategia de Actuación para la Prevención y Manejo de la Alergia al Látex en el Sistema Sanitario Público de Extremadura



RESUMEN EJECUTIVO DE LAS TAREAS PRIORITARIAS A REALIZAR

Ordenadas en función del índice y resultado de priorización del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011 – 2016



TAREAS PRIORITARIAS A REALIZAR

1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Establecer y definir la estructura en materia de Calidad y Seguridad del Paciente en Servicios Centrales, así como el circuito de coordinación

Activar, actualizar, definir ámbito de actuación, funciones y objetivos mínimos de las Unidades Funcionales o Comisiones de Seguridad del paciente de las Áreas de Salud

2. ÁREA DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Establecer anualmente en coordinación con la ECSAS y las Unidades de Docencia de cada Área de Salud, las áreas formativas prioritarias, coincidiendo con las líneas estratégicas priorizadas desde Servicios Centrales.

Establecer el mínimo de actividades formativas que deben recibir los residentes y alumnos en prácticas de la Uex de las distintas especialidades durante su periodo de formación

Establecer las fechas y modo de llevar a cabo cada campaña de difusión de cultura de seguridad y prácticas seguras en todos los centros sanitarios y socisanitarios. Fomentar la celebración anual del Mes de la Seguridad del Paciente en el mes de mayo

3. SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y APRENDIZAJE DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN SANITARIA

Planificar, implantar y desarrollar el Sistema de Notificación y Aprendizaje de Seguridad del Paciente del Ministerio (SINASP)

Unificar el sistema de registro de eventos adversos específicos (caídas, upp, etc) y diseñar sistema de evaluación continua y centralizada

Establecer una red de coordinación y recepción de la información de otras fuentes de datos de posibles eventos adversos, tales como farmacovigilancia, hemovigilancia, CMBD, Servicio de Atención al Usuario, Comités de Infecciones Nosocomiales, etc..

TAREAS PRIORITARIAS A REALIZAR

4. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

Unificar y difundir los protocolos de prevención de infecciones asociadas a cateter urinario, cateter intravenosos y de heridas quirúrgicas
Reactivar la estrategia de Bacteriemia Zero y Neumonía Zero en las UCI
Establecer un Sistema de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales, en coordinación con los Comité de Infecciones de las Áreas de Salud
Consensuar una Guía Terapéutica de uso racional y evitación de resistencias a antimicrobianos
Reactivación y desarrollo de la estrategia de Higiene de Manos
Reciclar a los profesionales en medidas de aislamiento y normas de asepsia y antisepsia

5. USO SEGURO DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS

Estudiar la viabilidad de implantar en todas las Áreas de Salud las prácticas seguras puesta en marcha en algunas de ellas como iniciativa local

Activar la estrategia de uso seguro del medicamento, y diseñar la puesta en marcha de prácticas clínicas seguras en todas las Áreas de Salud, en relación a:

- La conservación, prescripción, dispensación y preparación de los medicamentos
- Los medicamentos de alto riesgo
- La conciliación del tratamiento al ingreso, alta y en las transiciones asistenciales
- La coordinación con el Sistema de Farmacovigilancia

6. IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DEL PACIENTE

Unificar el tipo de pulsera de identificación del paciente, así como la asignación de color a cada alerta o factor de riesgo.
Diseñar y desarrollar una campaña de presentación y difusión entre profesionales y usuarios
Implantar procedimientos que minimice la posibilidad de error en la identificación de muestras, medicamentos y lugares quirúrgicos

7. SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA

Diseñar y desarrollar la estrategia de implantación del check list quirúrgico en todos los centros hospitalarios y demás estrategias que garanticen la seguridad quirúrgica (bioseguridad ambiental, profilaxis antibiótica, seguridad anestésica, etc) incluyendo en Sistema Jara los documentos necesarios.