

18 de mayo de 2023

Experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación

Estrategia de Seguridad del Paciente

Elaborado por la Subdirección General de Calidad Asistencial, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.

Este documento recoge las 30 experiencias remitidas por las Comunidades Autónomas desde los centros sanitarios y valoradas positivamente para su difusión, en respuesta a la convocatoria hecha en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente sobre “Experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación para el aprendizaje”. 18 de mayo 2023

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN.....	5
METODOLOGÍA.....	6
ANDALUCÍA.....	7
Experiencia de Gestión 1. Grupo motor y gestión participativa como elementos clave para la gestión de los sistemas de notificación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Atención Primaria.....	7
Experiencia de Gestión 2. Experiencia de Éxito Hospital regional Universitario de Málaga.	8
ARAGÓN.....	9
Experiencia de Gestión 1. Experiencia de la implantación de SINASP en el hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza	9
Experiencia de Gestión 2. Crear y difundir contenidos audiovisuales relacionados con los casos notificados al SiNASP	12
Experiencia de Gestión 3. Elaboración e implementación de un protocolo de prevención de caídas en un hospital sociosanitario.....	13
ASTURIAS.....	16
Experiencia de Gestión 1. Gestión del riesgo del proceso de identificación	16
CANARIAS.....	17
Experiencia de Gestión 1. Relanzamiento de las notificaciones del SiNASP en un hospital de tercer nivel tras la pandemia.....	17
Experiencia de Gestión 2. Integración de los Sistemas de Notificación en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias a través de las UFGR.....	18
CANTABRIA.....	20
Experiencia de Gestión 1. El SiNASP como herramienta de mejora del sistema de petición electrónica de pruebas diagnósticas de radiología.....	20
CASTILLA Y LEÓN.....	22
Experiencia de Gestión 1. Cultura de seguridad del paciente: de los retos a las oportunidades	22
Experiencia de Gestión 2. Proyecto SISNOT Hospital Santos Reyes. La seguridad del paciente como forma de trabajo.....	25
Experiencia de Gestión 3. Creación de sistema de alertas de seguridad del área sanitaria (ASVAO, Valladolid Oeste) generado en base a las notificaciones de nuestro sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT)	27
CATALUÑA.....	28

Experiencia de Gestión 1. El Sistema de Notificación de incidentes de Seguridad de los pacientes de Cataluña (SNISP Cat): una herramienta del plan de calidad de una Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut para la gestión de riesgos asistenciales de los profesionales.	28
Experiencia de Gestión 2. Notificación y gestión de incidente relacionado con agujas de carga romas.	30
Experiencia de Gestión 3. Red de núcleos de seguridad: gestión descentralizada de la notificación de incidentes y acciones de mejora	32
COMUNIDAD VALENCIANA.....	34
Experiencia de Gestión 1. Análisis de evento adverso multifactorial relacionado con la medicación. Importancia de la notificación independientemente de la gravedad de las consecuencias	34
Experiencia de Gestión 2. Notificación de incidentes y eventos adversos en el DVCM.	35
Experiencia de Gestión 3. Impacto de la formación e integración de las distintas fuentes de información en el sistema de notificación de eventos adversos.....	37
EXTREMADURA.....	39
Experiencia de Gestión 1. Análisis y gestión de evento adverso en vacunación masiva COVID	39
GALICIA.....	42
Experiencia de Gestión 1. Impacto en la cultura de seguridad hospitalaria del sistema de gestión de riesgos como herramienta clave de continuidad postpandemia	42
Experiencia de Gestión 2. Chalecos anti-distracciones.....	43
Experiencia de Gestión 3. Cómo pasar de 5 Centros de Salud a incluir en SiNASP todos los Servicios de Atención Primaria de un AREA SANITARIA de 300.000 habitantes	44
MADRID	45
Experiencia de Gestión 1. Identificación, Análisis y Mejora de los Tipos de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación, notificados en CISEMadrid, con mayor frecuencia y gravedad en Atención Primaria.....	45
Experiencia de Gestión 2. Implicación de la Red de Referentes de Seguridad para liderar la transformación de la cultura de seguridad en un hospital de tercer nivel.....	47
Experiencia de Gestión 3. Actitud más formación, “aptitud”: aumentando la cultura de seguridad	48
MURCIA.....	50
Experiencia de Gestión 1. Un blog de seguridad como feedback en SiNASP	50
NAVARRA.....	52
Experiencia de Gestión 1. Construyendo sinergias: sistema de notificación SiNASP eje principal en la implantación de la norma une 179003 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente	52
PAÍS VASCO.....	54

Experiencia de Gestión 1. Gestión de la seguridad del paciente en la organización sanitaria integrada- ARABA (OSIA)	54
Experiencia de Gestión 2. Protocolo de recuento de esponjas quirúrgicas AKI	56
Experiencia de Gestión 3. Estrategia multimodal para invertir la tendencia de notificación, análisis y propuestas de actuación de los incidentes de seguridad del paciente tras la pandemia.....	57

INTRODUCCIÓN

En el artículo 59 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se definen una serie de elementos que configuran la infraestructura de la calidad que debe guiar los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura.

Dentro de estos elementos, se encuentra el registro de los incidentes de seguridad del paciente asociados a la asistencia sanitaria, que recoge información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial para la seguridad del paciente. Este registro tiene como finalidad identificar las causas y las consecuencias de los eventos adversos, así como proponer acciones de mejora para evitar su repetición o mitigar sus daños.

En España, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2006-2010 estableció en su Objetivo 8.2 “Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la seguridad de pacientes”. En la actualidad, la vigente Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, incluye en su línea Estratégica 3 “Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes”, el objetivo de “Promover la implantación y desarrollo de sistemas de notificación de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria para el aprendizaje”. Esto ha conllevado la implantación y desarrollo de estos sistemas en las CCAA, y ha impulsado su mejora mediante diferentes mecanismos de gestión.

El Ministerio de Sanidad realizó la Jornada “Aspectos Legislativos para avanzar en la cultura de Seguridad del Paciente” en 2019, en colaboración con los profesionales y Sociedades Científicas para establecer recomendaciones sobre el análisis de los incidentes y una propuesta de cambios normativos. Todo ello se plasmó en un documento que está publicado en la [página web](#) de Seguridad del Paciente.

Por otro lado, algunos hitos históricos han marcado el camino hacia la mejora de la seguridad del paciente en el ámbito europeo y mundial. Así, en el año 2004, la 56ª Reunión del Comité Europeo de Sanidad recomendó a los gobiernos de los Estados Miembros “asegurar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes”, y “elaborar un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente”.

En el mismo año, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con los objetivos de “formular una taxonomía de la seguridad del paciente, identificar y divulgar las mejores prácticas, elaborar sistemas de notificación y aprendizaje, y lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza”.

En la 74ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2021 se aprobó el Plan de Acción Mundial de la Seguridad del Paciente 2021-2030 con el título “Hacia la eliminación de todos los daños evitables en la atención de salud” en el cual se contempla en el objetivo estratégico 6. 1: “la notificación de incidentes de seguridad y los sistemas de aprendizaje”, instando a todas las partes (gobiernos, gestores sanitarios y centros sanitarios) a una serie de acciones para alcanzar ese objetivo.

La OMS ha realizado una evaluación a nivel nacional en la cuál ha participado España y que ha motivado la recogida de información sobre este objetivo y la realización de una jornada específica en la que se difundieran las mejores prácticas.

METODOLOGÍA

La OMS ha realizado una evaluación del objetivo estratégico 6. 1: “la notificación de incidentes de seguridad y los sistemas de aprendizaje” a nivel nacional a través de la cumplimentación de un cuestionario de 25 ítems. El MS ha cumplimentado este cuestionario en colaboración con las CCAA remitiendo los resultados a finales del año 2022.

A nivel nacional se cumplen la mayoría de los objetivos, sin embargo, en algunos existe oportunidad de mejora, por ejemplo:

- Objetivo 6.3.1. Se ha establecido un mecanismo independiente para investigar los casos de daños graves y eventos centinela notificados en los establecimientos de salud.
- Objetivo 6.3.4. Se han establecido vínculos entre los sistemas de vigilancia de la seguridad (p. ej., notificación de incidentes de SP, farmacovigilancia, hemovigilancia, vigilancia de infecciones asociadas a la atención de la salud y vigilancia de materiales).
- Objetivo 6.4.2. Se han asignado recursos adecuados para la investigación sobre la seguridad del paciente.
- Objetivo 6.4.5. La evaluación de riesgos de seguridad es una parte integral de los programas de evaluación de tecnologías sanitarias
- Objetivo 6.5.3. Una estrategia de salud digital incluye un fuerte enfoque en la seguridad del paciente.

Dentro del marco de esta evaluación, desde el Ministerio de Sanidad se realizó un llamamiento a los centros asistenciales para que remitieran experiencias de éxito en la gestión de los Sistemas de Notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Mediante la recogida de estas prácticas seguras se pretende visibilizar el trabajo se está desplegando para mejorar los Sistemas de Notificación en todos los ámbitos del SNS.

Cada CCAA ha seleccionado como máximo 3 prácticas, que han sido remitidas al Ministerio de Sanidad, para su evaluación por un comité científico seleccionando las 9 mejores. El día 18 de mayo de 2023 tuvo lugar la [Jornada Científica](#) en la que se presentaron estas 9 prácticas seleccionadas, contando con una importante participación de los profesionales y centros sanitarios.

La relevancia de los proyectos recibidos hace necesaria su difusión como intercambio de conocimiento y modelo de aprendizaje para compartir experiencias en el SNS. Por esta razón, a continuación, se describen las prácticas valoradas positivamente para su difusión.

Desde el Ministerio de Sanidad se agradece profundamente el esfuerzo de todos los centros que se han sumado a esta convocatoria y comparten los mismos objetivos, así como a los participantes por su compromiso y actividad de intercambio de experiencias para el aprendizaje.

ANDALUCÍA

Experiencia de Gestión 1. Grupo motor y gestión participativa como elementos clave para la gestión de los sistemas de notificación de la Estrategia para la Seguridad del Paciente en Atención Primaria

Centro: Distrito Sanitario Córdoba Guadalquivir. Servicio Andaluz de Salud.

Contacto: Estrella Castro Martín

Correo: dirección.csoccidente.dcor.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación: Tras el análisis de la notificación y gestión de incidentes de los últimos años en nuestro distrito detectamos importantes áreas de mejora, lo cual hacía necesaria la puesta en marcha de una estrategia basada en la gestión participativa, centrándose en la cultura de seguridad y el entorno que propicia la notificación como seguidamente se explica. La extensión del distrito sanitario de Atención Primaria Córdoba Guadalquivir, con sus 21 Unidades de Gestión Clínica (UGCs) de ámbito rural y urbano precisaba un impulso en la gestión de los sistemas de notificación realizados en la web de la Estrategia para la seguridad del paciente de Andalucía (ESSPA) mediante la herramienta notificASP utilizada desde hace más de 4 años en el distrito. En febrero de 2021 se reinicia un nuevo sistema de gobernanza en la comisión de seguridad del paciente (SP) del distrito con cuatro pilares fundamentales: la figura del referente de SP, la dinámica de trabajo del grupo motor, la comunicación con el resto de profesionales del distrito a través de la comisión ampliada (formada por los referentes de SP y los cargos intermedios de las UGCs) y la difusión de la estrategia de SP a través de actividades y las redes sociales a la ciudadanía. El organigrama de gobernanza en la comisión de SP está presidido por el equipo directivo. La secretaría corresponde a la referente de SP del distrito. Seguidamente el grupo motor, el verdadero impulso de nuestra estrategia, formado por un equipo multidisciplinar de 11 profesionales incluyendo categorías de medicina y enfermería, farmacia y técnicos de distrito. La comisión ampliada de SP incluye referentes de SP de las UGCs y cargos intermedios (CCII). Las UGCs con sus comisiones de SP con un sistema de trabajo establecido, tanto en funcionamiento interno como externo, son las responsables de transmitir la información al resto de profesionales.

Objetivos generales: El grupo motor tiene definidos objetivos generales: asesorar a la dirección, planificación y evaluación periódica de objetivos y coordinación con otras comisiones del distrito y centros.

Funciona con grupos de trabajo (GT) como responsables de las actuaciones realizadas para su consecución:

- GT gestión incidentes: supervisión de objetivos relacionados, formador de formadores en gestión a referentes SP de UGCs, CCII y resto profesionales
- GT formación e investigación: proyecto "Integración y fomento de la cultura de seguridad del paciente" a futuros profesionales sanitarios. Incluye aplicaciones de notificación de incidentes. El alcance: alumnos de ciclos medios y superiores en rama sanitaria de institutos en Córdoba

- GT participación ciudadana: centros sanitarios, centros residenciales, nivel escolar. Difusión en redes sociales
- GT procedimientos operativos estandarizados (POE)

Dinámica de trabajo: reunión mensual/bimensual. Análisis de los incidentes. Documentación en carpeta compartida con CCII. Trasladan en comisiones ampliadas a referentes de UGCs y CCII.

Evaluación:

Indicadores de proceso objetivos generales grupo motor:

- Reuniones anuales: al menos 8 al año: N° de reuniones con acta/ N° de reuniones previstas con acta: 90% - 100%. Cumple.
- Reuniones comisión ampliada anuales: al menos 2 al año con referentes de SP de las UGCs. N° de reuniones realizadas al año/ N° de reuniones previstas al año: 90% - 100%. Cumple.

Indicadores de proceso objetivos específicos UGCs:

- Reuniones comisión SP anuales: al menos 2 al año. N° de reuniones al año con actas/ N° de reuniones previstas al año con actas: 100%. Cumple.
- Nombramientos de referentes de SP: en cada UGC habrá un profesional, responsable del manejo de los datos de la UGC en web ESSPA. N° de UGC con nombramiento de referente de SP/ N° total de UGCs: 100%. Cumple.

Transferibilidad: Desde el 2021 centramos nuestra experiencia en la gobernanza participativa y en la consecución de los objetivos que nos marca la ESSPA. La implementación realizada se podría aplicar en todos los distritos sanitarios de atención primaria sin grandes modificaciones y con pequeños cambios en las áreas hospitalarias. Los objetivos, propuestas de mejora en SP, en notificación y gestión de incidentes están centrados en la ciudadanía y profesionales, llevados a cabo con un engranaje de comunicación directa lo cual ha llevado a los resultados expuestos que han supuesto una optimización del trabajo y una mejora real en la salud de la comunidad. Destacar la dinámica de difusión de los resultados e información a los profesionales sanitarios de los análisis de incidentes y de la gestión de los mismos y así mismo destacar que la estrategia está implantada, evaluada en todas nuestras UGCs y la continuidad de ella en 2023.

Experiencia de Gestión 2. EXPERIENCIA DE ÉXITO DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Centro: Hospital Regional Universitario de Málaga

Contacto: Luis Francisco Torres Pérez

Correo: luisf.torres.sspa@juntadeandalucia.es

Justificación: El nivel de madurez en la cultura de seguridad del paciente tiene múltiples etapas. En nuestro centro la notificación de eventos ha tenido una evolución claramente positiva en los últimos años. Desde 2018 hasta la actualidad se ha incrementado por encima del 20% las notificaciones de eventos. Actualmente estamos por encima de 1000 notificaciones anuales, que

suponen el 25% del total de la comunidad autónoma. Implantada la buena práctica relacionada con la notificación, es necesario avanzar desde la perspectiva cuantitativa a la cualitativa, pasando de la identificación de desviaciones a su abordaje y su transferencia a la organización. Píldoras y *feedback* de seguimiento facilitando la toma de decisiones a las unidades. Esto se ha traducido en un incremento significativo de la gestión y la inclusión de áreas de mejora (de un 68 a un 80%, con un 100% si se depuran los asignados a nuestro centro como responsable principal y no compartido), esta potencia debía traducirse en innovación a nivel de la prestación de asistencia y evolución de los modelos de práctica clínica. Todo ello se ha iniciado a finales de 2022 y 2023.

Objetivo general: Generar y consolidar una sistemática para la evaluación de las líneas de mejora potencialmente transferibles a todo el complejo hospitalario

Actuaciones:

- Diseño de plantilla tipo para la gestión de las notificaciones que incluye un apartado para el seguimiento y evaluación de las áreas de mejora priorizadas
- Desarrollo de sesiones clínicas acreditadas para impulsar dicha sistemática
- Creación del banco de mejoras según evaluación de las áreas
- Difusión de resultados a través de la web del centro (área específica de Calidad/Seguridad del paciente)

Resultados: Se ha generado un informe tipo que nos ha permitido actuar sobre una notificación referida a medicación, de alto riesgo y elevada incidencia en el centro (cambio en la presentación de la Noradrenalina). Los responsables son los miembros de la unidad, en colaboración con la Unidad de farmacia, que en este caso era la referente de la intervención y la generadora de la notificación.

Transferibilidad: Dicha metodología se ha convertido en elemento determinante para la toma de decisiones con garantías y seguridad. Se puede utilizar para cualquier tipo de notificaciones para facilitar el *feedback* a los profesionales y facilitar la información de los incidentes que afectan de forma transversal en el centro.

ARAGÓN

Experiencia de Gestión 1. Experiencia de la implantación de SINASP en el hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza

Centro: Hospital Universitario Miguel Servet

Contacto: José Miguel Celorrio Pascual

Correo: jmcelorrio@salud.aragon.es

Justificación: En 2019, en el HUMS había varios sistemas de notificación de incidentes distintos, la mayoría de funcionamiento local, criterios dispares y efectividad limitada. En el marco del despliegue del Plan de Seguridad del paciente del HUMS 2019-2023, nos planteamos la implantación de un sistema de notificación único para todo el hospital. Los criterios para la selección del sistema a implementar fueron: que tuviera orientación sistémica, que garantizara la confidencialidad y la protección de los profesionales, que estableciera criterios homogéneos,

la accesibilidad para la notificación, que permitiera la gestión unificada de las notificaciones y que facilitara la realización de informes.

Con objeto de facilitar su implantación y utilidad, establecimos una estrategia estructurada para su despliegue, que incluía:

- La creación de una estructura funcional de gestión de riesgos, que integra un grupo multidisciplinar de expertos
- La implicación de los líderes, introduciendo objetivos de seguridad en los acuerdos de gestión de todos los Servicios y Unidades,
- Gestión de todas las notificaciones por el núcleo de seguridad a través de los responsables de seguridad
- *Feedback* a los profesionales, a través de la intranet, del análisis agrupado de las notificaciones, de las acciones realizadas y de las recomendaciones institucionales

Objetivo: Establecer una estrategia estructurada para la implantación de un sistema de notificación y aprendizaje de los incidentes, único para todas las áreas del hospital, que nos permita identificar y analizar los riesgos asociados a la atención sanitaria, desarrollar planes de acción para establecer un entorno de trabajo más seguro y generar informes con las medidas implantadas y los logros obtenidos para mejorar la cultura de seguridad de los profesionales.

Actuaciones realizadas:

- Acciones generales para crear un entorno que permita la implantación del sistema de notificación (Responsable Dirección HUMS)
 - Elaboración PSP del HUMS 2019-2023, alineado con Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020
 - Creación de estructura funcional de seguridad del HUMS (anexo 1), con objetivos y responsabilidades definidos.
 - Incluir objetivos de seguridad en los acuerdos de gestión de todos los Servicios y Unidades (2020-).
 - Establecer un plan de formación en seguridad del paciente
- Acciones específicas para la implantación del sistema de notificación y aprendizaje (Responsables: Dirección HUMS-Comisión Seguridad-Núcleo Seguridad)
 - Decisión de establecer SINASP como sistema de notificación único para el hospital (11/2019)
 - Elaboración del procedimiento de notificación, análisis y gestión de incidentes de seguridad del paciente en el HUMS (2020), revisado 11/2022
 - Elaboración del procedimiento para realización de análisis en profundidad de eventos adversos (APEA) en el HUMS, aprobado 11/2022
 - Fomentar la cultura de seguridad y el uso del sistema de notificación mediante la inclusión en los acuerdos de gestión, en todas las formaciones relacionadas con aspectos de seguridad y en las rondas de seguridad
 - Gestión rápida y efectiva de las notificaciones
 - Realización de análisis en profundidad de eventos adversos graves
 - *Feedback* a los responsables y profesionales a través de la intranet y *ad hoc*

Evaluación:

1. Estructura

- Creación del núcleo de seguridad (2019-)
- Nombramiento de 44 responsables de seguridad de área médica y 85 del área de enfermería (2019-)
- Se ha dotado de dos enfermeras con dedicación parcial para SP, que participan en la formación, en la gestión de las notificaciones con los referentes de seguridad y en las rondas de seguridad (2022)

2. Formación seguridad

- Formación específica dirigida a los responsables de seguridad:
 - Taller básico de 10h que incluyen contenidos de cultura de seguridad, uso del sistema de notificación (SINASP) y herramientas para identificar los riesgos (AMFE y ACR). Tres ediciones anuales desde 2019-2023.
 - Talleres de desarrollo competencial en primeras, segundas y terceras víctimas: 10 ediciones programadas para 2023, 2 ya realizadas.
- Formación en prácticas seguras (2022-):
 - Identificación: 31 sesiones, 130 responsables de seguridad/celadores/personal de admisión y citaciones formados
 - Transfusiones: más de 2500 profesionales formados
- Sesión de presentación de objetivos y *feedback* de resultados: anual a los responsables de seguridad (2019-)
- Semana de Seguridad del paciente en área quirúrgica (5/2022)
- Sesión hospitalaria general sobre cultura de seguridad, uso del sistema de notificación y uso seguro de fármacos (11/2022)
- Realización del curso on-line SINASP (926 profesionales entre 2019--2022)
- Formación en cascada por los responsables de seguridad al personal de sus Servicios y Unidades incluyendo cultura de seguridad, uso de SINASP y prácticas seguras implantadas (2 sesiones anuales por Servicio-Unidad) (2020-)

3. Gestión SINASP

- Evolución del número de notificaciones en periodo 2018-2022: 2018: 34; 2019: 17; 2020: 137; 2021: 417; 2022: 759
- Indicadores gestión SINASP 2022
 - Ratio notificaciones/100 camas: 63,3
 - % notificantes identificados: 77,3%
 - Tiempo medio de asignación de notificaciones: 3 días
 - % de notificaciones cerradas con acciones: 93,4%
 - Nº de reuniones del grupo de análisis: 47
 - Nº de ACR realizados en el periodo: 4
 - % de emails enviados a los notificantes identificados: 96,5%
 - Nº de informes difundidos: 15

Acciones realizadas a partir de las notificaciones:

- Se ha dado respuesta individualizada a todas las notificaciones. Periódicamente, se elabora un documento, que se cuelga en la intranet, con acciones emprendidas (ejemplo en anexo 5)
- Tras el análisis agregado, se ha priorizado trabajar, de forma transversal en todo el hospital, en el uso seguro de la medicación, identificación, seguridad en las transfusiones y atención a la PCR intrahospitalaria. Se han creado grupos específicos,

dependientes de la Comisión de seguridad, que realizan el análisis de la situación, revisan-rediseñan el proceso, realizan un AMFE del proceso y establecen el plan de despliegue, que incluye la difusión de las medidas, formación de los profesionales, evaluación de resultados y ajuste de medidas.

Transferibilidad:

- Implantar con éxito un sistema de notificación y aprendizaje para la SP requiere un despliegue estructurado, en un marco general que fomente la cultura de seguridad y las prácticas seguras. Pensamos que esta estrategia se puede adaptar a cualquier centro y a diferentes contextos realizando un análisis previo.
- Los aspectos que consideramos críticos para el éxito son la implicación de la Dirección, una estructura de expertos que lideren la seguridad y crear una red de referentes de seguridad que extiendan la cultura de seguridad entre los profesionales. Se necesita contar con profesionales que garanticen una respuesta rápida y efectiva a las notificaciones, implicar a los referentes de seguridad en su gestión, dar respuesta a los riesgos más frecuentes mediante estrategias transversales bien diseñadas y un realizar adecuado *feedback* a los profesionales.
- Las rondas de seguridad y la formación a pie de campo en las prácticas seguras, son un buen momento para fomentar la utilización del sistema de notificación como herramienta de aprendizaje.

Experiencia de Gestión 2. CREAR Y DIFUNDIR CONTEIDOS AUDIOVISUALES RELACIONADOS CON LOS CASOS NOTIFICADOS AL SiNASP. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Centro: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Contacto: Javier Moliner

Correo: jmolinerl@aragon.es

Justificación: Una de las limitaciones que se ha señalado en los sistemas de notificación es la dificultad para hacer llegar los mensajes y las lecciones aprendidas a un público amplio dentro de las organizaciones. Con frecuencia, los incidentes de seguridad son conocidos por un pequeño grupo de personas implicadas, por el núcleo de seguridad del hospital y por algunas personas de la Dirección. Se habla de la falta de *feedback* a los notificantes y se constata el desconocimiento que ocurre entre las personas más cercanas, tanto del incidente como de los análisis y cambios estudiados.

Las dificultades de esta comunicación tienen que ver en ocasiones con la voluntad y la disposición de las personas, emisores y receptores, pero también tienen que ver con el contenido, la forma y la oportunidad de los mensajes. El uso de medios audiovisuales y de las nuevas redes sociales para facilitar la comunicación es aceptado por todos como una forma eficaz de hacer llegar los mensajes y de ampliar la difusión.

Fomentar la cultura de seguridad es también una cuestión de conseguir mayorías mejor informadas. El uso de redes sociales permite llegar a un número elevado de personas, facilita que las organizaciones sean proactivas en la transformación de la cultura, y permite accesibilidad y rapidez en la difusión de contenidos, algo cada vez más valorado.

Estas herramientas permiten involucrar más a más personas, de manera que con su uso puede aumentar el número de profesionales que se sientan parte de la solución, en lugar de ser meros

espectadores o, peor, parte del problema. La forma de conseguir esa participación, de lograr un papel más activo de los profesionales es el reto que nos tenemos que plantear.

Objetivo general: La creación de contenidos destinados a la difusión en redes ha sido un objetivo de la Comisión de Seguridad del Hospital, inicialmente en forma de pequeños videos recreando las situaciones en las que se había producido un incidente, o con la elaboración de encuestas *on line* dirigidas a personal a través de enlaces con códigos QR. Posteriormente, la creación de una cuenta en Telegram por parte del Departamento de Comunicación del Sector se ha visto como una oportunidad para dar a conocer de forma periódica algunos contenidos y mensajes tras lo analizado en la Comisión.

Actuaciones: previo a la pandemia de Covid-19, se crearon videos sobre incidentes de identificación de pacientes acompañados de hashtag específico: #yomeaseguro. Tras analizar los incidentes relacionados con la seguridad reportados al sistema de notificación, se observó que la mitad de los casos podían haberse evitado con una identificación activa del paciente o con doble comprobación. El primer vídeo subido a *Youtube* muestra un caso de revisión de documentos de la historia clínica del paciente en Urgencias antes de ingresar en una unidad de hospitalización y el modo adecuado de comunicación entre profesionales. El video se difundió a través de email y se presentó en las XVIII Jornadas de trabajo sobre Calidad en Salud y en el siguiente enlace <https://www.youtube.com/watch?v=jhxA7y63n8k&list=LL&index=8&t=15s> Más adelante, se elaboraron encuestas electrónicas difundidas mediante códigos QR y dirigidas al personal del área quirúrgica para conocer su opinión sobre el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ). De esta forma obtuvieron 87 respuestas de profesionales en las que un 39% reconocían que no realizaban el LSVQ adecuadamente.

Con la llegada de la cuenta de Telegram del Sector, se inició una difusión mensual de notas de seguridad tras las reuniones de la Comisión: cómo evitar la manipulación de fármacos y sus envases, corroborar las prescripciones verbales repitiendo la indicación en situaciones de urgencia vital y, asegurar los cinco correctos en la administración.

Recientemente se ha creado un video sobre los objetivos y utilización del SiNASP incluyendo ejemplos de acciones de mejora realizadas tras la notificación de incidentes. Dicho contenido audiovisual se aloja en https://youtu.be/J5virz_GrJ4 y fue igualmente difundido por Telegram.

Resultados:

1. Número de personas que han visto las noticias mensuales tras la reunión de la Comisión a través de Telegram: 667 profesionales en octubre/22, 503 en diciembre, 538 en enero/23 y 451 en marzo.
2. Número de visitas a cada video. El video “Yo me aseguro: mejora en la transición de los pacientes” ha tenido 335 visitas. El vídeo de difusión del Sinasp ha tenido 45 visitas en youtube y 445 desde el enlace de Telegram.
3. Numero de profesionales del hospital conectados con cuenta en telegram. En marzo de 2023 el canal de Telegram cuenta con 537 profesionales suscritos

Transferibilidad: Entre las conclusiones extraídas de estas primeras experiencias está que la tecnología necesaria para elaborar y difundir contenidos audiovisuales es relativamente sencilla y accesible.

El material audiovisual creado, por ejemplo los videos sobre el SiNASP con ejemplos de acciones realizadas tras casos notificados, puede ser usado en cualquier centro.

El aprendizaje a través de casos, de historias ocurridas en otros lugares, es un mecanismo de eficacia demostrada. Contar casos y compartir material aumenta la confianza entre los profesionales encargados de la gestión de casos en cada centro, algo siempre conveniente en el sistema público de salud. Esos lazos pueden ser utilizados en otras ocasiones, por ejemplo, ante situaciones de crisis.

Controlando aspectos como la confidencialidad y la seguridad de los datos, los contenidos se puede compartir con confianza.

El tiempo necesario es el principal recurso y una limitación. Compartir es una forma de aumentar la utilidad del contenido, y de facilitar el uso a centros que tienen menos tamaño y menos medios.

Experiencia de Gestión 3. ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN UN HOSPITAL SOCIO SANITARIO. Hospital San José de Teruel

Centro: Hospital San José de Teruel

Contacto: María del Mar Soguero Pérez

Correo: mmsoguero@salud.aragon.es

14

Justificación: La seguridad de los pacientes es una dimensión esencial de la calidad asistencial que en los últimos años adquiere una gran relevancia. Las caídas son un importante problema de salud pública tanto por la frecuencia como por sus consecuencias (discapacidad; lesiones y fracturas; mortalidad). Se define el término caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad".

Los factores de riesgo de las caídas son multifactoriales, se pueden agrupar en dos: **intrínsecos** (edad, caídas recientes, medicación, grado dependencia, alteraciones marcha y equilibrio...) y **extrínsecos** (uso inadecuado de los elementos de la cama, iluminación insuficiente, timbre de llamada inaccesible, baño con difícil accesibilidad y sin asideros, altura de la cama...).

En nuestro centro se implantó la notificación de eventos adversos (EA) en el SiNASP en el año 2016. En 2017 se comenzaron a realizar notificaciones principalmente de errores de medicación, y no fue hasta 2019 cuando se comenzaron a notificar las caídas como evento adverso, encontrándonos con que un 63,64 % de notificaciones en el SiNASP eran debidas a caídas. En el año 2020 fueron un 66,67 % del total y en 2021 un 65,63 %.

Las caídas son, con diferencia, el EA más notificado en el SiNASP, ya que nuestros pacientes además de tener uno o más de los factores de riesgo mencionados, en muchas ocasiones, permanecen solos, sin un familiar o acompañante que pueda ayudarles a cubrir sus necesidades básicas o a pedir ayuda al personal sanitario cuando se necesite.

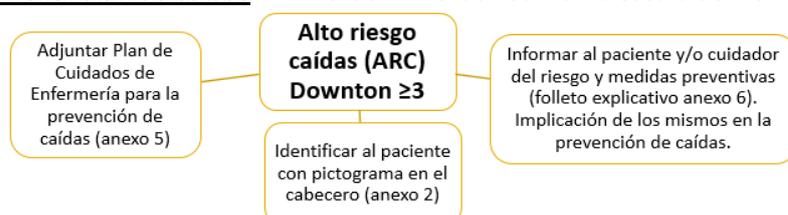
Es por ello que, en 2022, se hace necesaria la elaboración e implantación de un protocolo de prevención de caídas adaptada a nuestro centro.

Consideramos este Protocolo como nuestra experiencia de éxito y lo incluimos dentro del Tema Aprendizaje y Acciones de mejora.

Objetivo general Unificar criterios de prevención y actuación para disminuir el riesgo de caídas y reducir las lesiones provocadas por las mismas en nuestro hospital.

Actuaciones:

Prevención de caídas : Primeras 24 horas realizar la escala de Downton



Medidas específicas de aplicación a los pacientes con ARC: En pacientes con Downton ≥ 3 (Alto riesgo caídas) se aplicará el plan de prevención de caídas, basado en cada uno de los factores de riesgo, se identificará mediante pictograma en la cabecera de la cama y se registrará en la historia clínica.

Se aplicarán medidas específicas según los factores de riesgo :

1. Alteraciones de la movilidad/estabilidad
2. Alteraciones sensoriales
3. Alteración del nivel de conciencia
4. Medicación que se relaciona con el riesgo de caída: revisión de la medicación y manejo de forma efectiva de la polimedición (Anexo 7).
5. Alteraciones en la eliminación
6. Caídas anteriores
7. Transferencia de la información entre profesionales
8. Medidas preventivas en el Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Día y Consultas externas.

Procedimiento en caso de caída

En el protocolo se especifica la función de cada uno de los responsables: enfermero/a, supervisor/a de enfermería, médico/a de guardia y médico/a responsable. Destacando la notificación al SINASP (anexo 8) por parte de enfermería y si procede iniciar el tratamiento funcional por síndrome post-caída

Recomendaciones al alta

Valorar la necesidad de seguimiento por Atención Primaria o consulta externa de Geriátrica.

Proporcionar información sobre alimentación, estilo de vida y tratamiento para la prevención de la osteoporosis para reducir el riesgo de fracturas.

Entregar el informe de alta médica y de enfermería junto con las recomendaciones para la prevención de caídas.

Resultados

La evaluación de este protocolo se realiza a través de los registros en la Historia Clínica y en el SINASP.

A partir del momento de la implementación del protocolo se están realizando cortes trimestrales en los que se miden los diferentes indicadores. Hasta el momento se han realizados dos cortes para medir resultados.

FECHA	% pacientes ingresados con escala Downton en las primeras 24h	% pacientes ingresados con escala Downton >3	% pacientes ingresados con plan de cuidados de R.C.	% pacientes ingresados que han sufrido una caída durante el ingreso
JUNIO 2022 (PREVIO)	100%	74.35 %	0 %	5.12 %
NOVIEMBRE 2022	97.22 %	86.11 %	16.12%	0 %
FEBRERO 2023	100%	82.85 %	24.13 %	0 %

Transferibilidad

Este protocolo de prevención de caídas podría implementarse en cualquier centro sanitario o sociosanitario, especialmente en aquellos centros de similares características al nuestro en el que se notifican anualmente un alto porcentaje de caídas.

ASTURIAS

Experiencia de Gestión 1. Gestión del riesgo del proceso de identificación

Centro: Hospital Valle del Nalón

Contacto: Diana Fernández Zapico

Correo: ucalidad.gae8@sespa.es

16

Justificación: La experiencia se centra en el tema propuesto “Análisis y gestión de incidentes notificados” y en “Aprendizaje y acciones de mejora”. Los incidentes relacionados con la identificación de pacientes fueron la segunda causa de notificación en el hospital en los años 2021 y 2022. La mayoría de estos incidentes eran similares y requerían de un análisis agregado para su abordaje. Por otro lado, las auditorías externas llevadas a cabo en el centro en el mismo periodo (JCI, GECCAS y autorización de centro) detectaron diversos hallazgos en este campo. Se trata además de una meta internacional de seguridad de paciente según la OMS. Toda esta información, como entrada al programa de gestión del riesgo del hospital, sitúa la identificación de pacientes como un riesgo prioritario para su abordaje.

Objetivos:

1. Analizar las causas del riesgo de identificación.
2. Identificar y priorizar acciones de mejora para eliminar o minimizar el riesgo.
3. Planificar y evaluar su implantación.

Actuaciones: Se realizó un análisis de modo de fallos y efectos (AMFE). Se identificaron 27 posibles causas para 41 posibles fallos en el proceso de identificación. La causa más repetida es “No se pregunta al paciente los identificadores seleccionados por él conocidos antes de intervención, tratamiento, traslado...”. La siguiente es “No está establecida la sistemática de identificación de elemento relacionado con la atención”. La causa con mayor puntuación ha sido el “Intercambio de muestra y resultado” y “No se hace volcado de información a historia clínica a pie de cama”.

Se establecieron 4 acciones de mejora:

1. Modificación del procedimiento de identificación (marzo a junio 2023). Responsable: Unidad de Calidad.
 - Definición de identificación, identificadores, elementos identificadores.
 - Selección de identificadores conocidos por el paciente: nombre, apellidos y fecha de nacimiento.
 - Incorporación de familiares y personas allegadas en la identificación de personas con alteraciones cognitivas.
 - Detallar la gestión de los elementos identificadores en cada ámbito de atención y unificación del término brazalete/pulsera.
 - Identificación de elementos relacionados con la atención: medicación de uso múltiple, dispositivos de tratamiento con oxigenoterapia, cama...

2. Abordar la seguridad en la identificación muestras de laboratorio (junio-diciembre 2023). Responsable: Jefatura Laboratorio.
3. Normalizar el pase de visita en hospitalización (enero-junio 2024). Responsable: Dirección Médica.
4. Difusión de sistemática de registro personas de contacto (noviembre 2023). Responsable: Unidad de Calidad.

Evaluación: Se ha realizado en la primera semana de abril una auditoría observacional, para evaluar la implantación del nuevo procedimiento y se han recogido las incidencias de la implantación. Se han evaluado los resultados y se han incorporado al procedimiento correcciones.

Transferibilidad: Los incidentes de seguridad relacionados con la identificación de pacientes son una constante en todas las organizaciones sanitarias, y las causas que los producen son similares en todas ellas. Es frecuente entre los profesionales confundir el procedimiento de identificación con el hecho de portar un elemento identificador (brazalete, tarjeta...), la utilización de identificadores que no son conocidos por el paciente o la falta de adhesión a los procedimientos establecidos por exceso de confianza. El análisis llevado a cabo es replicable en cualquier centro hospitalario y las acciones de mejora también.

CANARIAS

Experiencia de Gestión 1. Relanzamiento de las notificaciones del SiNASP en un hospital de tercer nivel tras la pandemia

Centro: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Contacto: Juan Carlos Martín González

Correo: jmargonn@gobiernodecanarias.org

Justificación: La propuesta que enviamos trata de resaltar como la creación en el hospital de una figura como responsable de seguridad del paciente a tiempo completo ha contribuido a la creación de un entorno que propicia la notificación a través la difusión, facilitación de la notificación y el *feedback*.

Objetivo: Evaluar el efecto del nombramiento de un responsable de Seguridad del Paciente (SP) a tiempo completo en potenciar la Cultura de Seguridad en nuestro hospital y, concretamente, en el incremento de uso del SiNASP.

Actuaciones realizadas: Creación de la página web del SiNASP dentro de la Intranet, donde se refleja el trabajo realizado y se informa de los datos de contacto personal, mostrando disponibilidad a los usuarios.

- Publicación de casos notificados en la Intranet. En la página del SiNASP dentro de la Intranet se cuelgan resumen de casos, tras ser anonimizados, con las medidas propuestas.
- Se han impartido 2 sesiones hospitalarias de carácter semestral.

- Reuniones específicas. Tras algunas notificaciones se han realizado reuniones con servicios/idades afectadas para abordar los problemas y buscar soluciones consensuadas.

Se estableció una dinámica de trabajo no especificada anteriormente. Los gestores se entrevistan con todos los notificantes y se les informa a lo largo del proceso. Se elabora un informe de cada caso tras las averiguaciones correspondientes y se llevan al grupo de análisis de riesgo (Grupo SiNASP). Se reconstituyó el grupo de trabajo de análisis de riesgos, con reuniones mensuales, de donde salen los informes definitivos y las medidas propuestas. Además de la reactivación del SiNASP, la Coordinación de SP asumió la gestión de las Alertas de Productos Sanitarios del hospital e impulsó todas las actividades en relación con la Seguridad del Paciente. Se reestructuró el Plan de SP vigente y se le dio difusión en el hospital.

Evaluación: Charlas impartidas: 94 a lo largo de 2022, con más de 1.000 alumnos acreditados. Nº notificaciones: han pasado de 9 en 2021 (tasa 1,16 Notif*100/Nºcamas) a 111 notificaciones (tasa 14,3 Notif*100/Nºcamas) en 2022. En 3 meses de 2023 ha habido 60 notificaciones.

Transferibilidad: Creemos que la creación de una figura como responsable dedicado en exclusiva a la seguridad del paciente, y con un plan de reactivación bien estructurado, puede contribuir a fomentar la cultura de seguridad de cualquier hospital. Ese plan debe incluir formación, difusión, accesibilidad y el *feedback* adecuado. Pero sobre todo debe haber una actitud adecuada que permita a los sanitarios sentirse escuchados y creer en su utilidad.

Experiencia de Gestión 2. Integración de los Sistemas de Notificación en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias a través de las UFGR.

Centro: Complejo Hospitalario Universitario De Canarias

Contacto: Javier Hugo Duque Arimany

Correo: jduqari@gobiernodecanarias.org

Justificación: El complejo Hospitalario Universitario de Canarias es un centro de tercer nivel con 734 camas, 18000 intervenciones quirúrgicas anuales, 560000 consultas y 22000 ingresos y da cobertura sanitaria a la población norte de la isla de Tenerife y es referencia para la isla de La Palma. La Unidad de Calidad coordina aspectos relevantes relacionados con la Seguridad del Paciente, entre ellos, la gestión de los incidentes y eventos adversos. Para ello inicialmente se estableció una metodología de notificación de incidentes y eventos adversos basada en la comunicación en vía correo electrónico y centralizada en la propia unidad. Posteriormente en 2013 la C.A de Canarias se adhiere al SiNASP por lo que nuestra institución adopta el sistema y nuestra unidad pasa a ser el gestor principal. Además, en 2012 tras directiva de la DGPA se insta a la creación de las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo como grupo multidisciplinar que, entre otras cosas, se ocupará del análisis y gestión de los incidentes identificados. En centros sanitarios de alta complejidad como el nuestro es difícil conseguir que todos los incidentes se notifiquen usando la misma metodología y los mismos procedimientos debido a las particularidades históricas de algunas áreas así como a la existencia de otros sistemas de notificación vinculados a Sociedades Científicas o áreas de conocimiento con experiencia en seguridad del paciente como en el área quirúrgica y caídas o, incluso, marcados por normativa

legal como en Banco de Sangre o Radioterapia. En este contexto, desde la Unidad de Calidad se planteó el objetivo de integrar los distintos sistemas de notificación para que sirvieran como fuentes de información para la UFGR y poder realizar el análisis y tomar medidas si procede.

Actuaciones realizadas: Se planteó como primera acción hacer formación masiva a los profesionales mediante el curso online del SiNASP y sesiones locales a mandos intermedios y servicios clave, además se incluyó en el plan de acogida y como cursos troncales para todos los residentes. Como segunda acción se buscó aumentar el número de notificaciones, para ello estratégicamente buscamos áreas donde potencialmente podría haber más eventos adversos. Así se trabajó localmente con los Hospitales de Día, hospitalización, área quirúrgica, Hemoterapia y Oncología Radioterápica, Farmacia y Urgencias. Como tercera acción se constituyó la Unidad Funcional de Gestión de Riesgo como un grupo multidisciplinar con el objetivo de liderar el plan de seguridad del paciente. y que se configuró como una comisión al uso dependiendo de la Comisión Central de Garantía de Calidad. Resultados: Más de 7000 profesionales han realizado el curso online del SiNASP. Se han impartido 12 cursos a residentes (2 por año) y un curso de seguridad del paciente para todos los profesionales todos los años. Tras el trabajo local en las unidades o servicios identificados desde 2012 hubo un aumento de notificaciones de un 800% pasando de 6 notificaciones en 2009 a 57 en 2018 sumando en total de 399 notificaciones al SiNASP desde al año 2009 a 2022. Las áreas más notificadoras por orden fueron los Hospitales de Día, hospitalización y el área quirúrgica y los incidentes notificados más frecuentes fueron por orden los relacionados con la medicación en cualquiera de sus fases (prescripción, elaboración, dispensación o administración), las caídas e identificación. De los sistemas específicos de notificación, Oncología Radioterápica comenzó en 2017 y desde entonces ha gestionado 104 incidentes con un máximo anual de 33 ocurrido en 2022. En relación al plan de prevención de caídas se ha obtenido un aumento entorno al 58% respecto a los años previos alcanzando 297 notificaciones de caídas en 2022. En el área quirúrgica se creó el sistema de notificación específico en 2021 siendo de los más activos y alcanzando 41 notificaciones en 2022. La UFGR ha gestionado todas las notificaciones generadas en los distintos sistemas lo que ha llevado a realizar 21 análisis causa raíz de notificaciones relevantes. Se han generado múltiples recomendaciones que van desde carteles informativos, cursos específicos de formación, recomendaciones de cambios de estructuras físicas mediante obras como el cierre centralizado de ventanas en el edificio de hospitalización o la demolición de muros para aumentar la visibilidad en radiología, solicitudes de adquisición de software como los de prescripción electrónica o de seguridad en banco de sangre y hemoterapia, adquisición de impresoras para la impresión de pulseras identificativas o cambios procedimentales. De las notificaciones de radioterapia solo 1 ha sido considerado GRAVE por una avería de larga duración por colisión gantry-mesa y por frecuencia son destacables irradiación tratamiento en equipo de terapia superficial sin comunicar a física y hoja de posicionamiento incompleta o con fallos. Todas generaron medidas correctivas. En caídas las acciones más destacables están el nombramiento de 35 enfermeras referentes de caídas, la realización de dos sesiones generales destinadas a supervisoras y referentes y 59 sesiones locales, revisión de todas las caídas y el análisis de un caso con un paciente que tuvo varias caídas con un resultado positivo en cuanto a las recomendaciones incluyendo la interconsulta a rehabilitación; en hemoterapia se identificaron dos eventos graves que conllevaron a una revisión de todo el procedimiento e incluso a un plan de acogida/formación previo para todos los profesionales que van a trabajar en Banco de Sangre y en área quirúrgica; se generaron 57 medidas con 27 ya implementadas:

24 reuniones con el equipo, 11 compra de material, 7 nuevos protocolos, 5 propuestas de formación, 1 modificación de protocolo y 3 sesiones clínicas.

Transferibilidad: En complejos hospitalarios similares al nuestro con alta subespecialización y motivaciones heterogéneas, es fundamental aprovechar los nichos con alta cultura de seguridad para potenciarlos y que redunde en toda la institución. En este sentido, las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgo deben ser las coordinadoras y funcionar como líderes de la seguridad del paciente optando, como en nuestro caso, por la convivencia de distintos sistemas de notificación motivados y generados por las propias unidades. Pese a la complicación de manejar distintas fuentes de información y en distintos formatos, la potencia de que todos puedan sumarse y ser gestionadas desde la UFGR de manera coordinada, desde nuestro punto de vista es una experiencia de éxito. Por contra se debe seguir trabajando para conseguir unificar los sistemas de notificación "oficiales" facilitando el acceso a los notificantes y su gestión a las unidades especializadas como las UFGR.

CANTABRIA

Experiencia de Gestión 1. El SiNASP como herramienta de mejora del sistema de petición electrónica de pruebas diagnósticas de radiología

Centro: Gerencia de Atención Especializada Áreas III y IV: Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud.

Contacto: Verónica Brugos Llamazares

Correo: veronica.brugos@scsalud.es

Justificación: Los riesgos existentes en los Servicios de Radiodiagnóstico se centran en 3 aspectos:

- 1) Tecnología y su uso;
- 2) Fases del sistema organizativo asistencial;
- 3) Acto diagnóstico.

Es por ello importante, la implantación de un sistema de gestión de riesgos, el cual, necesita instrumentos de mejora para poder cumplir con su misión. Dentro de éstos, un sistema de notificación que apoye la identificación, análisis y prevención de aquellas situaciones que podrían causar daño al paciente, minimizando su impacto, en un marco de aprendizaje y mejora continua, resulta fundamental. En nuestra Gerencia, conforme a lo establecido en la Comunidad, el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) es la herramienta dispuesta para este fin y el Núcleo de Seguridad SiNASP (activo desde el año 2012, formado por 20 profesionales de diferentes categorías y Dirección), recibe los incidentes notificados en la organización, siendo el responsable de su análisis y gestión. De esta forma, se maximiza la utilidad del sistema potenciándose el aprendizaje y la implementación de acciones de reducción de riesgos. El presente trabajo se centra en el análisis y gestión de incidentes notificados, y en concreto, en uno recibido en agosto del 2022, dónde el notificante comunicaba un incidente relacionado con la tramitación de peticiones de radiodiagnóstico (anulación de pruebas, correctamente solicitadas con el volante electrónico, y la no citación de los pacientes con la consiguiente demora diagnóstico-terapéutica). Ésta notificación, ha permitido la revisión

del sistema de petición electrónica (implantado en todos los servicios en mayo del 2022), por el Núcleo con los profesionales de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC), Radiodiagnóstico (SR) y Sistemas y Tecnologías de la Información (SSTI), identificando puntos críticos y estableciendo mecanismos de barrera, que han contribuido al aprendizaje y mejora del proceso en toda la organización.

Objetivo: Presentar el análisis y gestión hecho por el Núcleo de Seguridad SiNASP de una notificación SAC-2, desde su recepción el 04/08/22 hasta su cierre definitivo el 15/02/23, una vez confirmado, que la última acción de mejora puesta en marcha, evitaba que el incidente ocurriera.

Actuaciones realizadas:

1. 05/08. Asignación de la notificación a 2 gestores (Direcciones Médica y de Enfermería).
2. 31/08. Reunión mensual del Núcleo. Presentación y primer análisis. Se confirma anulación. Los peticionarios no lo detectan y no conocen el motivo. Los radiólogos no saben que la prueba se ha solicitado al no recibirla, y los pacientes no son citados. Alcance desconocido (no hay registro). Barrera de seguridad, imprimir petición. El Gerente solicita informe del análisis de todo el proceso de petición para identificar puntos críticos y áreas de mejora.
3. 01/09 - 25/10. Revisión, elaboración y envío al Núcleo del informe «Errores en el sistema de petición electrónica de pruebas diagnósticas de radiología». Causa última, existencia de un volante único en la Comunidad. Al pedir una prueba, no incluida en la cartera de servicios de la Gerencia, se anula.
4. 26/10. Reunión del Núcleo. Segundo análisis con representantes del SR, SSTI y SADC. Las 3 aplicaciones informáticas [ALTAMIRA (petición), TICARES (citación, dónde se registra a la espera de la validación en RISCA (programa del SR))] tienen un catálogo de pruebas (descripción y código SERAM) diferente. ALTAMIRA tiene el catálogo del hospital de referencia, que contiene pruebas no disponibles en nuestros centros. Barreras de seguridad: Se trabajará en un volante específico para la Gerencia. Mientras, se informará a los facultativos del catálogo existente y se establecerá un sistema de identificación de los pacientes afectados.
5. 27/10 al 15/02/23. Envío por correo a los facultativos desde Secretaría de Dirección y publicación en la intranet de una nota informando de la notificación y catálogo de pruebas disponible (11/11). Diseño del circuito de identificación de pacientes: Petición al SSIT de las pruebas anuladas desde el 01/05 y envío al SR. Petición al equipo de informática del editor asistencial de HCE la detección automática de peticiones anuladas y motivo. Envío de esta información al responsable de la HCE de la Gerencia y SR por correo para monitorizar y resolver (activado el 23/11). Diseño del volante: Puesta en común de los catálogos, cotejo y detección de lo no coincidente, actualización y normalización del volante e implantación de un circuito de incorporación de nuevas pruebas o su modificación en el volante. Envío de una nota interior por correo, desde Secretaría de Dirección del D. Médico, (19/01/23) informando de la puesta en marcha del nuevo volante, a partir del 23/01. Confirmación en el Núcleo de la no identificación del incidente desde el 20/01 y cierre 15/02.

Evaluación:

1. Nº de peticiones anuladas (01/05 al 26/10): 159.
2. Nº de cancelaciones/día (del 23/11 al 19/01/23): 4-5.
3. Nº de cancelaciones/día desde el 20/01: 0.

Transferibilidad: La irrupción de las TIC (tecnologías de la información y comunicación) en los SR, si bien han reducido algunos riesgos (duplicidad de pruebas por ejemplo) mejorando además la trazabilidad (que en el caso presentado ha permitido rastrear y localizar a los pacientes afectados), también han supuesto la aparición de otros, como el descrito (anulación de pruebas y no citación de pacientes) derivados del inapropiado diseño o aplicación de las mismas y/o cambios en las rutinas de trabajo o roles, que pueden conducir a consecuencias adversas no intencionadas, sin que profesionales ni organización sean conscientes de ello. Esto hace necesaria la detección y evaluación de forma multidisciplinar de los efectos indeseados, que estas tecnologías pueden tener, con el fin de establecer controles de calidad que permitan alcanzar sistemas de información seguros y eficaces. El análisis y gestión con este enfoque de esta notificación podría ser de utilidad en entornos sanitarios similares.

CASTILLA Y LEÓN

Experiencia de Gestión 1. Cultura de seguridad del paciente: de los retos a las oportunidades

Centro: Hospital Clínico Universitario De Valladolid

Contacto: M.^ª Lourdes del Río Solá.

Correo: lrio@saludcastillayleon.es

Justificación: La propuesta presentada se centra en el tema “Entornos que propician la notificación: cultura de seguridad”.

La cultura de seguridad del paciente es un factor clave en la prevención de errores sanitarios y en la mejora de la calidad de la atención médica. Una cultura de seguridad en la atención sanitaria prioriza la seguridad del paciente y fomenta un entorno de notificación de incidentes. Con ello se pueden identificar problemas y desarrollar estrategias para prevenir futuros errores. Por lo tanto, proponemos un enfoque centrado en la cultura de seguridad y en entornos que propicien la notificación de incidentes. Para garantizar una implementación exitosa es importante considerar los siguientes aspectos:

1. Adaptación del sistema a las necesidades del entorno: Esto puede implicar modificar la estructura del sistema para que se adapte a los procesos y flujos de trabajo existentes en el entorno, así como a normativas y regulaciones vigentes en el ámbito de la seguridad del paciente.
2. Capacitación y educación del personal: Para que el sistema de notificación de incidentes sin daño sea efectivo, es fundamental que todo el personal comprenda su funcionamiento y cómo reportar incidentes sin daño.
3. Análisis de los datos y retroalimentación: El sistema de notificación de incidentes sin daño debe ser diseñado para recopilar y analizar los datos reportados, para identificar tendencias y patrones en los incidentes sin daño notificados. Es importante que se realice una retroalimentación a todo el personal involucrado en la seguridad del paciente, para que se puedan tomar medidas preventivas y correctivas adecuadas en función de las tendencias identificadas.

Objetivos: Contribuir desde la formación en el proceso de profundización en la Cultura de Seguridad, tanto en las actividades diarias de la organización, como de todos y cada uno de los individuos que la componen. Esta propuesta consiste en la creación de un programa que promueve la notificación de incidentes y una cultura de seguridad. Este programa se enfoca en educar y motivar a los profesionales de la salud para notificar los incidentes y en crear un

entorno seguro donde se sientan cómodos de hacerlo. Para implementar esta propuesta, se ha diseñado un plan de capacitación en el que se explica la importancia de la notificación de incidentes y se brinda herramientas y recursos para facilitar la notificación. También se establece un sistema de retroalimentación que permita a los profesionales recibir comentarios sobre la forma en que se manejan los incidentes y cómo se pueden mejorar los procesos.

Actuaciones: Diseñar, impartir y evaluar formación en Cultura de Seguridad para toda la plantilla de profesionales sanitarios en el entorno de nuestra organización aplicando el enfoque del coaching y novedosas técnicas de participación y colaboración.

La cultura de seguridad del paciente constituye un enfoque cada vez más importante en el área sanitaria asistencial. La implementación de una cultura de seguridad del paciente en una organización sanitaria mejora la calidad de la atención y reduce los errores médicos.

Permite generar un ambiente justo y abierto en el que notifican los incidentes para aprender de ellos, y esto es clave, para introducir mejoras en el sistema y evitar que estas debilidades provoquen problemas en nuestros pacientes.

Para lograr este objetivo, nuestra organización decidió desarrollar e implementar una cultura de seguridad del paciente en toda la organización mediante formación en las diferentes unidades. Esta formación fue impartida por un equipo de profesionales con formación en seguridad del paciente, perteneciente a la Unidad Funcional de Riesgos de nuestro Hospital. Esto permitió adaptar la formación a la propia idiosincrasia de la unidad y tener una retroalimentación más cercana con los profesionales que componen el equipo de la unidad que recibió la formación.

Las etapas en la implementación de la propuesta han sido:

1. Formación del equipo que imparte la docencia: El primer paso fue formar un equipo de seguridad del paciente que incluyó representantes de diferentes departamentos del Hospital. En nuestro caso el equipo lo constituyeron 4 profesionales pertenecientes al área médica (medicina Interna), área quirúrgica (Cirugía Vascular), área de cuidados críticos (Cuidados Intensivos) y área de enfermería y calidad. Este equipo se asignó un responsable para organizar la formación en las diferentes unidades. Además, el equipo tiene un líder que se reúne de forma regular con los diferentes equipos para desarrollar e implementar iniciativas de seguridad del paciente.
2. Evaluación de la cultura de seguridad de la organización: El equipo evaluó la cultura de seguridad de la organización. Esto se realizó mediante entrevistas al personal sanitario y los responsables de los equipos de trabajo.
3. Identificación de áreas de mejora: Con base en los resultados de la evaluación, el equipo identificó como área de mejora mejorar los conocimientos en seguridad del paciente y en la herramienta de notificación de incidentes sin daño, desarrollada por la Gerencia de Salud de Castilla y León.
4. Desarrollo de iniciativas de seguridad del paciente: El equipo decidió desarrollar sesiones formativas en servicios médicos, quirúrgicos y sectores claves en la seguridad del paciente. Estas sesiones formativas permitieron generar ambientes proactivos mejorando la comunicación entre los miembros del equipo, la identificación de riesgos para el paciente y la implementación de protocolos de seguridad.
5. Capacitación en seguridad del paciente: La capacitación debe incluir información sobre la identificación de riesgos para el paciente, la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la implementación de protocolos de seguridad. Se utilizaron técnicas de coaching y así como novedosas técnicas de participación y colaboración. Las fases para el desarrollo de esta capacitación han sido:
 - 5.1. Identificación de las necesidades de capacitación: se realizó mediante la evaluación de la cultura de seguridad del paciente de la organización, la revisión de los datos de seguridad del paciente y la consulta con los miembros del equipo.

- 5.2. Desarrollo de los materiales de capacitación: acorde a las necesidades de capacitación identificadas, se desarrollaron los materiales para desarrollar la formación en seguridad del paciente y en la herramienta de notificación de incidentes sin daño. Estos materiales incluyeron presentaciones, videos y demostraciones prácticas. Los materiales de capacitación presentaban tres características: claros, concisos y fáciles de entender.
- 5.3. Selección de un instructor capacitado: dependiendo de las necesidades formativas del equipo se seleccionaron dos formaciones por unidad. Estos dos formadores responsables tienen experiencia en prácticas de seguridad del paciente y en la impartición de la capacitación. Los instructores, además, tienen habilidades de comunicación efectivas y son capaces de responder a las preguntas y preocupaciones de los empleados.
- 5.4. Programación de la capacitación: Se acordó con el grupo a formar en mejor momento para desarrollar esta capacitación. Esto es importante para poder llegar a la mayor parte de los profesionales que conforman el equipo. Para ello se tuvo en cuenta la carga de trabajo y la disponibilidad de los empleados para asegurarse de que la capacitación no interrumpa el trabajo diario.
- 5.5. Impartición de la capacitación: Durante la capacitación, los formadores explicaron conceptos importantes de seguridad del paciente de forma interactiva y fomentando la participación de los empleados. También se proporcionaron ejemplos concretos de situaciones en las que las prácticas de seguridad del paciente son importantes y talleres de simulación. Además, se deben ofrecer oportunidades para que los empleados practiquen las habilidades que han aprendido.
6. Monitorización del programa y evaluación continua: Se realizó una monitorización del impacto del programa mediante evaluaciones continuas para asegurar de que el programa estuviera funcionando de manera efectiva sobre las áreas de mejora identificadas.
7. Difusión de resultados: desde el equipo formador se proporcionó a las diferentes unidades implicadas en el proyecto, una retroalimentación constructiva y específica para mejorar el desempeño de los profesionales. Esto incluyó la identificación de fortalezas y debilidades del equipo, así como recomendaciones estratégicas para mejorar en prácticas seguras en un futuro. Los profesionales pueden consultar las mejoras implantadas mediante la intranet del Hospital, en la cual se ha habilitado un espacio para este fin. El resultado ha sido una mejora en la seguridad del paciente ofreciendo una atención sanitaria de alta calidad y segura que engloba a toda la organización.

Evaluación:

Tasa de capacitación en seguridad del paciente: En el año 2019 se realizaron 27 jornadas de capacitación, alcanzando a un total de 621 profesionales, con un índice de satisfacción global de 8.56/10. La tasa de capacitación en seguridad del paciente fue de 20% sobre el total de profesionales del hospital.

Número de necesidades formativas detectadas en Seguridad de Paciente: se recogieron 217 demandas formativas individuales y 12 colectivas de un total de 1063 al inicio de la implementación del programa.

Número de notificaciones de incidentes sin daño (SISNOT): El número de notificaciones se ha incrementado tras la implantación de la capacitación en seguridad del paciente en los profesionales de nuestra organización.

Notificaciones por tipo de incidentes (%): las notificaciones más frecuentes estuvieron relacionadas con la medicación seguidas por los cuidados. Los incidentes relacionados con la

documentación clínica han disminuidos a partir del 2020, ya que se realizó la implantación en nuestro centro de la historia clínica electrónica.

Transferibilidad: La propuesta de implementar una cultura de seguridad del paciente, basada en la formación de profesionales es altamente factible de replicar en otras organizaciones con cambios mínimos debido a que la formación de profesionales es una estrategia ampliamente reconocida y utilizada en el ámbito de la salud para mejorar la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes. La capacitación continua y la formación de los profesionales permiten que estos estén actualizados en las últimas prácticas y conocimientos sobre seguridad del paciente, lo que puede ayudar a prevenir errores y mejorar los resultados de salud de los pacientes. Además, la formación de los profesionales es una práctica estandarizada que se puede adaptar fácilmente a diferentes contextos organizacionales con cambios mínimos, lo que la hace altamente replicable y sostenible en el tiempo.

Experiencia de Gestión 2. Proyecto SISNOT Hospital Santos Reyes. La seguridad del paciente como forma de trabajo.

Centro: Hospital Santos Reyes. Gerencia Especializada. Área de Burgos.

Contacto: Patricia Pérez Miguel

Correo: pperezm@saludcastillayleon.es

Justificación: La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en octubre de 2004, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. En octubre del 2011 se creó SISNOT, un proyecto de seguridad del paciente donde a través de una aplicación se puede notificar incidentes SIN DAÑO ocurridos en relación con la asistencia sanitaria. Los incidentes sin daño comparten en muchas ocasiones el proceso casual con los incidentes con daño. Durante los últimos años, uno de los principales objetivos del Hospital Santos Reyes es mejorar e instaurar la importancia de la seguridad del paciente, participando en diversos proyectos, entre ellos SISNOT, creando cultura de seguridad del paciente en sus trabajadores. Los Gestores UFGR (Unidad Funcional de Gestión de Riesgos) del Hospital han realizado diferentes actividades consiguiendo un entorno que propicia la notificación, acercando SISNOT a todos los trabajadores y logrando que sea una herramienta que se use en su día a día. Para ello, se han realizado numerosas sesiones divulgativas informando de SISNOT, de la aplicación y de su buen uso a todos los servicios del hospital, se ha creado una guía de manejo “paso a paso” de la aplicación SISNOT a la cual pueden acceder todos los trabajadores desde la intranet del hospital y se diseñó un cartel *feedback*, en el cual se informa de las mejoras que se han realizado gracias a las notificaciones.

Objetivo: Potenciar e Impulsar el uso de la aplicación SISNOT entre todo el personal del hospital, para incrementar la seguridad en la atención, buscando factores que puedan desarrollar problemas de seguridad y establecer mejoras.

Actividades Realizadas:

1. Sesiones divulgativas al personal

Desde la implantación de SISNOT en el Hospital en 2011, se han impartido varias sesiones acerca del proyecto, siendo en el año 2022 cuando se ha reforzado una formación universal con 22 sesiones divulgativas a todos los servicios del hospital. Dichas sesiones fueron realizadas por los

gestores, acercando a todos los trabajadores la aplicación SISNOT y educando sobre la importancia de notificar los incidentes sin daño. Se elaboró un PowerPoint, describiendo el proyecto SISNOT, su objetivo y explicando paso a paso la aplicación, dónde encontrarla en la intranet del hospital y cómo navegar en ella para realizar las notificaciones.

2. Creación de manual completo para las unidades del hospital y salvapantallas
En 2019 se creó un manual para facilitar el uso de SISNOT, actualizando en 2022 una nueva guía en la que se describe detalladamente la manera de realizar las notificaciones sin daño, de tal manera, que se recuerda y se facilita a todos los trabajadores el uso de la aplicación. Se dejó una guía en cada unidad de hospital. También se crearon unos salvapantallas que se instalaron en todos los ordenadores del hospital, con el fin de llamar la atención visualmente y así recordar SISNOT a diario y en todos los turnos de la jornada laboral.

3. Difusión de resultados
Con el fin de mostrar a los trabajadores el resultado y beneficios de SISNOT, y conseguir motivación y más adhesión al proyecto, los Gestores diseñaron un póster (ver Anexo 6) en el que se incluyeron las mejores realizadas en el Hospital gracias a las notificaciones enviadas.

4. Plan de mejoras
Desde la implantación de SISNOT, se recibieron notificaciones en los que el origen de los incidentes se encontraba en Atención Primaria. En febrero de 2023, se celebró una reunión entre los gestores de la Gerencia de Especializada y Atención Primaria con el fin de crear una vía de comunicación directa que facilite la solución de los incidentes compartidos y mejorar la seguridad del paciente. Para crear cultura de seguridad entre los trabajadores de Atención Primaria, se les ha proporcionado todo el material de trabajo que ha desarrollado en el Hospital Santos Reyes y así facilitarles el desarrollo y la divulgación SISNOT en el entorno laboral de Atención Primaria.

Evaluación: Es evidente, observando el historial de notificaciones, la relación directamente proporcional que existe entre la divulgación de las sesiones (formación de más de 208 profesionales en 2022 individualizadas por Servicio y 111 profesionales en sesión clínica a nivel general del hospital) así como actividades SISNOT y la realización de notificaciones. Aparecen como máximo 4 notificaciones los años en los que no se realizó formación y/o actividades, aumentando estos últimos años. En 2018 hubo 16 notificaciones, siendo la Identificación del paciente el tipo de incidente más repetido con un 43,75% y Análisis Clínicos el servicio con más notificaciones. En 2019 se notificaron un total de 22 incidentes, repitiéndose la Identificación de paciente como principal tipo de notificación representando un 36,36% del total y volviendo a ser el servicio con más notificaciones Análisis Clínicos. Se observó un gran descenso el año de la pandemia. En 2022 el total de notificaciones fueron 25, cambiando al principal tipo de incidente "Pruebas Diagnósticas" / "Exploraciones Complementarias" con un 32%, evidenciándose la eficacia de las sesiones formativas ya que aparecen nuevos servicios notificando incidentes como las plantas de hospitalización representando un 68%. Como resultados de estas notificaciones, estos últimos años se han generado más de 50 mejoras, representando un 51,85% "Protocolos y Tareas" y un 27,77% "Equipos y Dispositivos".

Transferibilidad: Dado que las actividades descritas anteriormente son de fácil manejo e implantación y han demostrado su eficacia entre el personal y su efectividad ante los datos, consideramos que podría ser útiles para otros centros hospitalarios o de atención primaria del resto de nuestra sanidad. Claro ejemplo, el proceso iniciado en Atención Primaria donde ya están en proceso de formación de los compañeros.

Experiencia de Gestión 3. Creación de sistema de alertas de seguridad del área sanitaria (ASVAO, Valladolid Oeste) generado en base a las notificaciones de nuestro sistema de notificación de incidentes sin daño (SISNOT)

Centro: Hospital Universitario Río Hortega (HURH)

Contacto: María José Garea García-Malvar y Carolina Almohalla Álvarez. L.E.

Correo: mgareag@saludcastillayleon.es, calmohallaalvareza@saludcastillayleon.es

Justificación: El Sistema de Alertas de Seguridad del Área Sanitaria creado, se considera por sus características, relativo al tema de aprendizaje y acciones de mejora. Dicho sistema de alertas, se generó y se lleva a cabo desde la Comisión de Seguridad del Paciente, la Unidad de Calidad, con la implicación y colaboración de las Direcciones de Atención Primaria y Especializada. Por todo ello, se ha generado una buena práctica en base a un sistema de alertas específico. En nuestro hospital, (Hospital Universitario Río Hortega), existe una Unidad de Calidad y una Comisión de Seguridad del Paciente. En la intranet del área (ASVAO), se encuentra disponible la aplicación SISNOT para ser utilizada por toda aquella persona que quiera comunicar un incidente relacionado con la seguridad. SISNOT (Sistema de Notificación de Incidentes sin daño), es una herramienta disponible desde 2011, diseñada en la Consejería de Sanidad, sobre la cual se realizan frecuentemente cursos y sesiones formativas y de difusión en la propia Consejería y en el hospital y Centros de Salud. Dicho sistema está jerarquizado en gestores de centro, y en un nivel superior, los gestores que forman parte de la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos. El Plan Anual de Gestión, incluye SISNOT como uno de los indicadores esenciales. Tras el análisis periódico de todas las notificaciones de SISNOT, se ha creado un “Sistema específico de alertas de seguridad”, respecto a incidentes que se han considerado de especial relevancia. Dichas alertas son difundidas a toda el área sanitaria (ASVAO), con implicación de los directivos del área, desde la Consejería hasta los distintos centros, para el fomento de los sistemas de notificación de incidentes, como se mencionó previamente. Además de ello, nuestro sistema de alertas propio es valorado y refrendado por la Dirección Gerencia y la Dirección Médica del área.

Objetivos: El objetivo de nuestro sistema de alertas propio, en íntima relación con SISNOT, es poner en conocimiento de todos los profesionales sanitarios los incidentes asociados a la actividad diaria, para obtener un aprendizaje que nos acerque paulatinamente a una atención sanitaria progresivamente más segura.

Actuaciones realizadas: Las actuaciones realizadas, son variadas por tratarse de situaciones diferentes las de los incidentes, que requieren un tratamiento distinto según el caso analizado (v.g: visitas personales, correos institucionales, alertas en la intranet del hospital, comunicaciones de los responsables y directivos, etc.). La ALERTA, es un documento sencillo, realizado cuando alguna de las notificaciones analizadas se considera de especial transcendencia y que se encuentra estructurado en los siguientes puntos: asunto, destinatarios, objetivo, descripción, recomendaciones y bibliografía, además de la filiación de los profesionales que lo elaboran, validan y difunden. El programa de Alertas de Seguridad se inició en 2017, habiendo realizado hasta el momento 5 documentos.

Evaluación:

Notificaciones del área en 2022: 134. Mejoras del área: 89

Tipo de incidentes 2022: medicación 30%, pruebas diagnósticas/exploraciones complementarias 15%, identificación del paciente 15%, equipos/dispositivos y materiales 12%.

La difusión de los resultados se realiza anualmente, desde la Comisión de Seguridad del paciente se exponen a todas las Comisiones clínicas del hospital, las Direcciones Gerencia y Médica y Unidad de Calidad. Las CINCO ALERTAS generadas hasta el momento, se difunden, en toda el área sanitaria, a través de la intranet y mediante envío semanal de *Newsletter* a todos los miembros del área con la actividad generada, incluyendo la relativa a la seguridad de forma general y en su caso, las alertas generadas.

Transferibilidad: El sistema de alertas generado en nuestra área es de fácil implantación, independientemente del sistema de notificación existente en cada hospital o área de salud.

CATALUÑA

Experiencia de Gestión 1. El Sistema de Notificación de incidentes de Seguridad de los pacientes de Cataluña (SNISP Cat): una herramienta del plan de calidad de una Gerencia Territorial del Institut Català de la Salut para la gestión de riesgos asistenciales de los profesionales.

Centro: Gerencia Camp de Tarragona del Institut Català de la Salut (ICS)

Contacto: Montserrat Gens Barberà

Correo: mgens.tgn.ics@gencat.cat

Justificación: La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente Territorial (UCSPT) de la Gerencia del Camp de Tarragona (GCdT) facilita el despliegue de sistemas de gestión de la calidad y seguridad de los pacientes (CySP) dando soporte a 26 centros de salud (CS), un hospital de agudos (HA) y un centro socio sanitario (CSS). Lidera el plan de calidad de la GCdT donde trabajan 3.000 profesionales para una población de 300.000 habitantes. Los ejes principales del plan de calidad de la GCdT son liderazgo, cultura de CySP y participación de los profesionales. La UCSPT promueve modelos de gestión de calidad en servicios, unidades y CS (SUC) para gestionar el riesgo asistencial (GRA). La evaluación, la mejora continua y la formación e investigación en CySP son los otros ejes. La UCSPT es responsable de las herramientas de GRA. La gestión reactiva se realiza con el sistema de notificación y aprendizaje de seguridad de los pacientes de Cataluña (SNISP Cat). Este sistema cuenta con formularios de notificación para cada línea asistencial y recoge notificaciones incluidos los eventos adversos con daño. Todo el proceso de notificación, gestión, análisis y acciones de mejora queda recogido en SNISP Cat. Las acciones de mejora van a los planes de calidad de cada SUC, al plan de calidad de cada línea y/o gerencial. Una red de responsables de SP realizan el análisis y acciones de mejora de las notificaciones de su SUC. Cuentan con apoyo de unidades funcionales de seguridad del paciente (UFSP) de cada línea asistencial. Hacen seguimiento de resultados y los presentan en comisiones de dirección. Realizan planes de comunicación semestral con boletines y micropóldoras. Este despliegue ha logrado tener un alto número de notificaciones y que el SNISP Cat sea un instrumento real de mejora continua para todos los líderes y profesionales de la organización.

Objetivos:

- Implicar a los profesionales de la Gerencia del Camp de Tarragona (GCdT) en la gestión de riesgo asistencial a partir de la notificación y aprendizaje de los incidentes notificados en el SNISP Cat.
- Impulsar el plan de calidad de las diferentes líneas asistenciales incorporando las acciones de mejora derivadas del SNISP Cat.

Actuaciones realizadas: Se despliega el SNISP Cat como una herramienta clave en la gestión del riesgo asistencial en los diferentes modelos de calidad de los servicios, unidades y centros de salud de las 3 líneas asistenciales con un modelo organizativo de soporte y coordinación de los responsables de calidad y seguridad del paciente. Anualmente se definen los objetivos del programa de CySP a nivel gerencial, en cada línea asistencial y a nivel de centro, servicio o unidad. Estos programas se desarrollan mediante la incorporación de un planificador estratégico que permite hacer el seguimiento y evaluación de los objetivos del programa mediante las evidencias reportados por los profesionales de la organización.

Evaluación:

1. Indicadores de estructura y proceso (2018-2022)
 - El modelo de gobernanza cuenta con 19 entornos de trabajo multidisciplinares que permiten la participación de aproximadamente 1000 profesionales. Los profesionales notificantes pertenecen a todas las categorías profesionales, desde administrativos hasta directivos.
 - Tres UFSP transversales: 2 con otros hospitales de referencia y 1 con el servicio de emergencias médicas donde analizamos INSP de la transición asistencial.
 - Profesionales que gestionan el SNISP Cat según los roles: 14 gestores territoriales, administradores de usuarios, 79 gestores de centro/servicio y 127 visualizadores; 207 notificantes con área privada.
 - Documentación: programas de CySP territorial, por línea asistencial y por centro, manuales del SNISP Cat, guía de actuación ante incidente y evento adverso con plan de respuesta para la atención de la primera, segunda y tercera víctima, procedimiento normalizado de trabajo de las reclamaciones en relación a la seguridad del paciente.
 - Equipos EGEA (equipos de gestión de eventos adversos) constituidos por 115 (AP), 37 (HA) y 19 (CSS) profesionales.
 - Comisiones y comités ejecutivos de las líneas asistenciales para el seguimiento de las acciones de mejora derivadas de las notificaciones en el SNISP Cat.
2. Indicadores de resultado (2018-2022)
 - Cumplimiento de los objetivos de los programas de CySP definidos y evaluados: 139 AP, 11 HA y 4 CSS.
 - Incidentes notificados: 7.490 (AP), 2.251 (HA) y 575 (CSS) incidentes.
 - Incidentes por gravedad: 2.974 no llegan al paciente, 5.213 llegan al paciente y no provocan daño, 2.144 eventos adversos de los cuales 27 fueron catastróficos.
 - Incidentes con plan de mejora: 9.417 INSP cerrados con propuestas de mejora y 924 en proceso de análisis.
 - Desarrollo de prácticas seguras derivadas de las notificaciones:
 - Boletines informativos resultado del trabajo con los incidentes notificados al SNISP Cat: 25 (AP), 3 (HUIJ23) i 1 (CSS).
 - Análisis Causa-Raíz: 48 (AP), 16 (HA) i 1 (CCS).

- Alertas sanitarias: 2 (AP) i 187 (HA).
- Micro-píldoras: 8 (AP), 13 (HA) i 4 (CSS).
- Casos que enseñan elaborados: 9 (AP).
- Noticias publicadas en la intranet: 46 (AP), 117 (HA) y 29 (CSS).
- Comunicaciones presentadas a congresos y jornadas relacionadas con la CySP: 69 (AP), 39 (HA) y 19 (CSS).
- Reconocimiento como grupo de emergente en investigación en CySP_TGN por la Fundación IDIAPJGol desde el año 2022.
- Publicaciones: 8 artículos en revistas científicas de impacto.
- Becas FISS: 2 proyectos.
- Alianzas: (2021) con el Departamento de Salud de nuestra CCAA para desarrollar la plataforma tecnológica en SP (PSP Cat), que incluye el SNISP Cat.

Transferibilidad: Se presenta un modelo de gestión integral de la CySP en una gerencia territorial, incluyendo atención primaria, hospital y un centro sociosanitario. El modelo tiene el sistema de notificación y aprendizaje de seguridad del paciente de Cataluña (SNISP Cat) como una herramienta estratégica de la gestión reactiva del riesgo en el despliegue del plan territorial de CySP. Las acciones de mejora derivadas y el aprendizaje de las organizaciones se han consolidado en los últimos años con resultados concretos evaluados en los programas de CySP de los diferentes servicios, unidades y centros de salud. Los resultados también han impulsado los planes de CySP de las direcciones de líneas asistenciales y de la gerencia territorial. Este modelo integrado de CySP puede inspirar a otras organizaciones o áreas sanitarias a consolidar los sistemas de notificación entre sus profesionales como una herramienta clave de aprendizaje y del diseño de planes de mejora de las organizaciones.

Experiencia de Gestión 2. Notificación y gestión de incidente relacionado con agujas de carga romas.

Centro: Pius Hospital de Valls

Contacto: Susana Sabaté Claros

Correo: ssabate@piushospital.cat

Justificación: Las organizaciones sanitarias, gracias a la investigación clínica y los avances tecnológicos, han prosperado hacia unos logros en la salud de las personas, impensable hace solamente unas décadas atrás. Por todo ello, también son organizaciones de extrema complejidad. Se ha conseguido que el material sanitario y los dispositivos médicos hayan mejorado para ser más cómodos y más seguros para los pacientes, pero también para el personal sanitario que los utiliza, tanto por imperativo legal como para aumentar la seguridad en el trabajo y evitar riesgos laborales. La implantación de dispositivos de seguridad para eliminar o disminuir el riesgo de sufrir un pinchazo o corte accidental, como las agujas roma de carga, han supuesto una disminución de los accidentes entre el personal sanitario. Como valor añadido, estas agujas también han comportado una reducción de las astillas de goma en los viales; éstas pueden ser introducidas de manera inadvertida en el torrente sanguíneo de los pacientes al ser extraídas junto con la medicación en la carga de ésta. Notificar un incidente

relacionado con dichas agujas, al visualizar restos de caucho en los viales con el uso de las agujas romas, ha permitido descubrir un defecto en la fabricación de las mismas, que no había podido ser detectado por el control de calidad de la empresa que las fabricaba, con la consecuente primera retirada de los lotes afectados no solo de nuestro centro, sino también del de los centros sanitarios que utilizaban las mismas agujas romas, y con la posterior mejora en la fabricación y control de calidad de las mismas.

Con fecha de 21/05/2021 se notifica en el TPSC Cloud (SP-21-000000159) que al cargar medicación del vial con aguja de punta roma se observa restos de caucho del tapón dentro del vial (técnica: introducir aguja en perpendicular). En fecha de 21/01/2022, hay otra notificación en el SNI SP Cat con la misma incidencia (SP-22-000090715). La presencia de restos de goma del tapón de caucho en los viales de medicación puede suponer un riesgo, si estos llegan al torrente sanguíneo, en caso de no utilizar equipos de suero terapia con filtro, en la administración de medicación endovenosa.

Objetivos:

- Verificar la técnica de carga.
- Informar al proveedor del problema detectado, en caso de confirmar el incidente realizando la carga con la técnica correcta.
- Sustituir las agujas de carga por unas que no dejen astillas de caucho en el vial, en caso de confirmar que las mismas son las causantes del incidente.

Actuaciones realizadas:

- Recordatorios al personal de enfermería, a través de las Supervisiones, de la técnica correcta de carga con aguja de punta roma (introducción de la aguja en perpendicular).
- Refuerzo al personal de enfermería para que reporte de nuevas incidencias con las agujas, si es el caso. - Comunicación del problema detectado al proveedor, al confirmarse nuevas incidencias realizando la técnica correcta.
- Retirada del lote de las agujas afectadas y sustitución de las mismas por el distribuidor, así como la comunicación de la incidencia al fabricante.
- Realización, por parte del fabricante, de acciones internas para solucionar el problema.

Evaluación:

El representante del proveedor, en fecha de 3/05/2022 realiza una visita a nuestro centro, junto con el responsable del producto para la resolución del *complaint* de las agujas de carga, para informar de las medidas llevadas a cabo:

- Retirada de los lotes afectados de todos los centros de quienes son distribuidores de dichas agujas roma.
- Traslado del incidente al fabricante.
- El departamento de calidad del fabricante hace un seguimiento más exhaustivo de la fabricación de las agujas romas.
- Se detecta un defecto mínimo de fabricación en el biselado, que provoca que, con la introducción de la aguja en el tapón del vial, el corte no sea limpio y arrastre pequeñas astillas del tapón hacia el interior del vial.
- Se resuelve el problema de fabricación.
- Se aumenta el control de dicha fabricación desde el departamento de calidad.

Desde nuestro centro, se realiza seguimiento de nuevas incidencias reportadas. Hasta la fecha no se ha notificado ninguna otra incidencia relacionada con dicho problema.

Transferibilidad: La aguja roma de carga es un material utilizado en muchos centros sanitarios porque comporta una reducción de las astillas del tapón de goma dentro de los viales. La posibilidad de que éstas, puedan ser introducidas en el torrente sanguíneo junto con la medicación si no se utiliza un equipo de suero con filtro, puede entrañar un riesgo para el paciente. Un defecto en dichas agujas, puede trascender a todos los centros sanitarios que utilizan el mismo proveedor de las agujas afectadas. Notificar el incidente, trasladarlo al proveedor y éste al fabricante, ha llevado a la retirada de los lotes afectados y a la detección de un defecto de fabricación que ha podido ser subsanado. La ejecución de las medidas propuestas, no solo ha repercutido en el centro notificante, sino también en el resto de centros sanitarios que hacen uso del mismo distribuidor de las agujas afectadas.

Experiencia de Gestión 3. Red de núcleos de seguridad: gestión descentralizada de la notificación de incidentes y acciones de mejora

Centro: Hospital Clínic de Barcelona
Contacto: Luís Alfonso Burgués Burillo
Correo: laburgues@clinic.cat

Justificación: El Hospital Clínic de Barcelona (HCB) tiene un modelo descentralizado que se organiza por institutos de especialidades médicas, centros y áreas (ICA). La mirada global desde la transversalidad se vehiculiza a través de los Núcleos de Seguridad (NS) de las ICA. Desde la Dirección de Calidad y Seguridad Clínica (DCySC) se pretende mejorar la gestión integral de los sistemas de notificación (registro, análisis y planes de mejora), estableciendo objetivos, identificando canales de comunicación eficaces que proporcionen un *feedback* a los equipos asistenciales y a las direcciones implicadas; y capacitando y aumentando las competencias de los NS en relación con sus funciones. Los NS tienen como finalidad velar y garantizar prácticas seguras en la atención de los pacientes y plantear acciones correctoras. Cada ICA cuenta con un NS constituido por profesionales representantes de las diferentes especialidades de la ICA, un representante del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología (SMPyE), un representante de la DCySC, y liderados por un Coordinador de Calidad (CC) y una Enfermera Clínica (EC), reuniéndose de manera ordinaria cada mes. El Comité Técnico de Calidad y Seguridad Clínica (CTCSC) actúa como principal órgano asesor de la DCySC, y está constituido por el CC y la EC de cada ICA, representante del SMPyE, técnicos de la DCySC y presidida por el director de la DCySC. Se reúne mensualmente para poner en común temas relacionados con la seguridad del paciente. Los NS representan un papel clave para desarrollar todas las políticas que afectan a la seguridad del paciente, y se definió un objetivo estratégico dentro del Plan Estratégico 2021-2024 de la DCySC: OE1.4 Ampliar el enfoque de los NS. Entre las funciones de los NS, destacan el análisis de todos los incidentes notificados en su ICA y proponer acciones de mejora, asegurar su implementación y realizar un seguimiento de estas.

Objetivo: Gestionar el 100% de las notificaciones y definir acciones de mejora con una metodología homogénea.

Actuaciones realizadas y resultados: En marzo de 2021 y de acuerdo con el Plan Estratégico 2021-2024 de la DCySC se inició una reestructuración del modelo organizativo de los NS en HCB, definiéndose aspectos tales como: composición, funciones, responsabilidades, coordinación con

la DCySC, estandarización de documentos (memoria anual, informe anual de notificaciones, documentos de análisis con metodología de incidentes...), y se estableció un calendario de reuniones ordinarias de los NS y del CTCSC. Los responsables del seguimiento del análisis de las notificaciones, así como de las acciones de mejoras definidas, son el Coordinador de calidad y la Enfermera Clínica de cada ICA, con el soporte de los técnicos de la DQySC. Se ha de destacar que en ese momento la plataforma de notificación de incidentes de seguridad del paciente utilizada era el TPS Cloud bajo una licencia propia no integrada con la del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Actualmente hay constituidos 16 NS, con más de 200 profesionales que los componen. En 2021 y 2022 se realizaron un total de 140 y 162 reuniones respectivamente. Se analizaron el 100% de las notificaciones recibidas (1306 en el 2021 y 1653 en el 2022). En el 2021 se formularon un total de 198 acciones de mejora, de las cuales el 82,8% correspondían a creación o revisión de documentos (Guías, protocolos y procedimientos), revisión o definición de circuitos, comunicación entre profesionales y mejoras en equipos y dispositivos asistenciales. Durante el 2022 se formularon 247, siendo similar la distribución según el ámbito al 2021. En noviembre de 2022, HCB pasa a utilizar la nueva plataforma desarrollada por el Departament de Salut, Sistema de Notificació d'incidents de Seguretat del Pacient de Catalunya (SNiSP Cat). La nueva plataforma proporcionó la oportunidad de mejorar la gestión metodológica de las acciones de mejora definidas a partir del análisis de las notificaciones. A 21 de marzo de 2023, se han formulado un total de 69 acciones de mejora con la siguiente distribución: formación (11), revisión o creación de protocolos y procedimientos (11), sistema informático (9), informar al equipo, servicio o unidad (7), estructuras, equipamiento y mantenimiento (7), modelo organizativo (4), dotación de personal (4), elaborar alerta (4) y otras (12). Los resultados fueron comunicados internamente de acuerdo con un objetivo común a todos los NS y definido por la DQySC "Difundir las estrategias, acciones y resultados de los Núcleos de Seguridad del Paciente". Así mismo se comparten los resultados de este objetivo en el marco de las reuniones del CTCSC. Externamente se realizaron comunicaciones en congresos nacionales en el ámbito de la calidad asistencial.

Evaluación: En el 2023 se plantean los siguientes indicadores:

- Número de notificaciones analizadas y cerradas / número de notificaciones X 100 Periodicidad anual segregado por NS
- Número de acciones de mejora finalizadas / número de acciones de mejora priorizadas x 100 Periodicidad anual segregados por NS y ámbito de la acción de mejora. La fuente de datos es la plataforma SNiSP Cat.

Transferibilidad: Creemos que este modelo organizativo puede ser útil y fácilmente aplicable en aquellas organizaciones con un cierto grado de cultura de seguridad y que deseen realizar una gestión transversal y homogénea de las notificaciones y acciones de mejora. La distribución de los NS por ICA es una característica propia de HCB, pero el modelo se puede trasladar a una distribución organizativa diferente, teniendo siempre presente la necesidad de que existan responsables que lideren los grupos de trabajo. Este modelo favorece aumentar el grado de cultura en la organización aumentando el número de profesionales implicados y propiciando una gestión transversal.

COMUNIDAD VALENCIANA

Experiencia de Gestión 1. Análisis de evento adverso multifactorial relacionado con la medicación. Importancia de la notificación independientemente de la gravedad de las consecuencias

Centro: Hospital Universitario de Sant Joan

Contacto: Carlos Devesa García

Correo: devesa_cargar@gva.es

34

Justificación: La experiencia “Análisis de evento adverso multifactorial relacionado con la medicación. Importancia de la notificación independientemente de la gravedad de las consecuencias”, se enmarca en la propuesta “Análisis y gestión de incidentes notificados, Aprendizaje y acciones de mejora”.

Se fundamenta en el análisis de las comunicaciones de eventos adversos en la aplicación de notificaciones disponible en la Comunidad Valenciana (SINEA) y en el debate para la adopción de medidas acordadas en la Comisión de Seguridad del Paciente del Departamento de Salud Alicante-Sant Joan d’Alacant. Proporcionar una atención y cuidados seguros sin lesiones atribuibles a estos cuidados, implica por un lado la difusión y puesta en marcha de buenas prácticas y por otro lado la gestión de riesgos sanitarios. A su vez, esta gestión de riesgos precisa de una herramienta eficaz de notificación que permita gestionarlos, siendo el cauce fundamental para obtener información sobre los posibles fallos del sistema, y su abordaje bien de forma prospectiva, bien de forma retrospectiva. La herramienta disponible en el Departamento de Salud es SINEA, siendo un elemento clave para mejorar la cultura de seguridad.

Objetivo: Realizar un análisis por expertos, de un evento adverso relacionado con la medicación, valorando las circunstancias del suceso notificado y cuyo objetivo fundamental es aprender del error, y proponer medidas y acciones para la mejora que eviten que el fallo vuelva a ocurrir.

Actuaciones:

- El evento objeto de la comunicación se produjo en un paciente ingresado al que se prescribió un tratamiento para una infección intestinal por *Clostridium Difficile*.
- La prescripción indicó en el sistema de prescripción electrónica: Vancomicina 1000mg/12h por vía IV. Se detectó el error en el proceso de validación farmacéutica ya que, en este caso, la pauta que debía haberse indicado era vancomicina 125mg /6h por vía oral (error de prescripción que afecta a dosis, vía y frecuencia).
- La no disponibilidad comercial de presentación diferenciada para la administración por vía oral pudo favorecer el error al aceptar la pauta por defecto sugerida por el sistema electrónico.
- El sistema permite la administración de la medicación sin validación farmacéutica previa, debido a que el Servicio de Farmacia solo está abierto de 8 a 22h. El farmacéutico detectó el error (8.30h), comprobó en el sistema de prescripción electrónica que la administración había sido confirmada en el sistema por personal de enfermería de la unidad de hospitalización, figurando el tic en la casilla correspondiente a la administración de las 8h. Aun así, contactó con el personal de enfermería, descubriendo

un nuevo error: aunque la medicación figuraba como administrada, la enfermera confirmó que no lo había sido. (error de administración y registro).

- Finalmente se evitó la administración errónea de la pauta inicial.

El análisis causa-raíz del evento, permitió establecer nuevas barreras en puntos críticos cuyos responsables fueron Servicio de Farmacia, Informática, y Dirección Enfermería:

- Se creó en el sistema de prescripción, la posibilidad de asociar la vía oral de administración a una presentación intravenosa.
- Se analizó el caso en la Comisión de Seguridad, se decidió realizar una intervención educativa para personal de enfermería sobre la importancia de firmar las dosis administradas en el registro informático de administración, solo si esta ha sido realizada.
- Se estableció un banner recordatorio en el sistema de prescripción electrónica.
- Se difundió en nota interna, a personal facultativo la forma correcta de prescripción en el sistema electrónico.

Indicador resultado:

- Nº de incidentes comunicados en la administración oral de vancomicina: 0

Indicador proceso: Cumplimentación de las diferentes etapas post-incidente:

- Existencia de notificación en SINEA,
- Realización de análisis Causa-Raíz,
- Difusión del incidente en la Comisión de Seguridad,
- Cumplimiento de las acciones de mejora: Comprobación de que todas las barreras fueran implementadas.

Transferibilidad: El análisis realizado por el grupo de expertos de cuasi-incidentes, es recomendable para el resto de las organizaciones. Aunque la cadena de errores no alcanzó al paciente, este evento es un ejemplo de la importancia de la notificación de todos ellos, produzcan o no daño o alcancen o no al paciente, porque permiten identificar fallos en los circuitos que pueden ser subsanados antes de que produzcan otros errores.

Experiencia de Gestión 2. Notificación de incidentes y eventos adversos en el DVCM.

Centro: Hospital Clínico Universitario de Valencia

Contacto: Rafael Manuel Ortí Lucas

Correo: orti_raf@gva.es

Justificación: En 2017 el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Clínico Universitario de Valencia pasó a hacerse cargo de la Unidad de Calidad y creándose la Unidad Funcional de Calidad y Seguridad del Paciente (UFCASP). Entre sus funciones está la gestión de los incidentes/EA notificados.

Objetivos:

- Mejorar la seguridad del paciente (SP) potenciando la notificación como sistema de mejora continua.
- Evaluar la implantación de acciones de mejora, revisando aspectos más conflictivos y experiencias de éxito.

- Valorar la comunicación de la información notificada.

Actuaciones:

1. Gestión de las notificaciones:

Cualquier profesional sanitario puede notificar incidentes relacionado con la SP mediante el Sistema de notificación de Comunidad Valenciana (SINEA). Diariamente, enfermería del área de SP revisa y criba las notificaciones recibidas, en función de gravedad y frecuencia de incidentes notificados según la siguiente clasificación:

- Incidentes frecuentes relacionados: Se hace un único análisis identificando causas y propuesta de mejora común.
- Incidentes leves/moderados: La unidad de SP analiza el caso y realiza un informe detallando las gestiones realizadas: estudio de factores de riesgo, análisis del evento y elaboración de propuestas de mejora.
- Incidentes graves y algunos moderados: Tras recoger la información complementaria, se realiza un análisis causa-raíz en la Comisión de SP.

Los informes realizados se envían a la Dirección correspondiente del Hospital o Atención primaria, para facilitar la aplicación de las medidas recomendadas, y se cuelgan mensualmente en la Intranet del hospital, para conocimiento y disposición de todos los trabajadores.

2. Evaluación de resultados: En notificaciones revisadas se distinguen: incidentes o eventos adversos relacionados con seguridad de aquellas que no están relacionadas con la seguridad del paciente (SP).

- Todos los incidentes/EA se clasifican según la Clasificación Internacional en SP de OMS.
- En 2022 se revisaron 1116 notificaciones, 1027 correspondían a incidentes o eventos adversos y 89 eran incidentes no relacionados con la SP.
- En el año 2022 se realizaron 5 análisis causa-raíz y 195 informes con propuestas de mejora.
- En la Comisión de SP se siguió la implantación de propuestas de mejora relevantes con escritos recordatorios a las direcciones para implantación.

Como indicador de resultado, tenemos propuestas de mejora implantadas o en fase de implantación:

- Gestión electrónica del almacén de quirófano.
- Ampliación de uso de PRISMA (prescripción electrónica) en hospital.
- Petición electrónica de pruebas radiológicas.
- Sistema GRICODE para mejorar la seguridad transfusional.
- Programa de vigilancia y prevención de caídas.
- Plan de comunicación del DVCM.

3. Limitaciones y oportunidades de mejora:

- 1) Problemas con confidencialidad.
- 2) Conflictos con organización.
- 3) Falta de recursos para implementación de mejoras.

Transferibilidad: La efectividad conseguida por el modelo de notificación y gestión de incidentes, de especial relevancia por su análisis exhaustivo de los incidentes y el proceso de gestión de la información con respuesta a todos los interlocutores, hace recomendable su transferencia a otros centros sanitarios de tercer nivel, en especial si disponen de recursos de calidad y seguridad suficientes. A su vez, sería interesante extrapolar las medidas de mejora obtenidas a partir de los análisis causa-raíz a otros centros sanitarios.

Experiencia de Gestión 3. Impacto de la formación e integración de las distintas fuentes de información en el sistema de notificación de eventos adversos

Centro: Departamento de Salud de la Ribera

Contacto: Elena Burdeos Palau

Correo: burdeos_ele@gva.es

Justificación: La necesidad de buscar estrategias de prevención y promoción de la seguridad de los pacientes ha estimulado a los países a desarrollar herramientas que permitan el mejor conocimiento de la producción de eventos adversos. Entre ellas destacan los sistemas de registro y notificación de eventos adversos. Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de los eventos adversos y de los incidentes, sino una forma de obtener una información valiosa sobre los acontecimientos que llevan a la producción de sucesos, por ello, es fundamental facilitar y simplificar las vías de notificación a los profesionales, además de explorar otras fuentes de información existentes que nos sirvan para conocer qué está ocurriendo. Pese al interés global creciente por la cultura de seguridad y la globalización de los sistemas de notificación de eventos adversos en la asistencia sanitaria, la realidad es que existen todavía muchas reticencias a la hora de notificar y se ha estimado que la notificación voluntaria tan sólo detecta de un 5 a un 10% de los eventos adversos. Por eso, es necesario revisar y diseñar nuevas estrategias para aumentar el compromiso de los profesionales en la notificación de errores. Además de procurar que la herramienta sea accesible para todos los profesionales y pese a que el SINEA lleva instaurado en nuestro Departamento más de 10 años, existen profesionales que todavía, a día de hoy, admiten desconocer la existencia de la herramienta o persiste la creencia de la dificultad y la complejidad del sistema de notificación, por eso, es fundamental estimular de manera continua al profesional a través de la formación y sensibilización.

Objetivo: Potenciar la notificación de eventos adversos, incidentes y errores potenciales en nuestro Departamento para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes.

Actuaciones realizadas: Pese a que las Unidades Funcionales de Calidad y Seguridad del Paciente (UFCASP) constituyen una realidad en la mayoría de Departamentos de Salud, debemos ser conscientes que, para muchos profesionales, la calidad y seguridad de los pacientes, continúa siendo una materia complementaria y paralela a su labor asistencial. Aunque existe un clima propicio de seguridad, la tasa de notificación de eventos adversos por profesionales en nuestro Departamento es sólo del 7,40%. Entre las causas del bajo índice de notificación se encuentran el miedo de los profesionales a las medidas disciplinarias, la idea preconcebida sobre la complejidad del sistema de notificación de eventos adversos y/o la falta de interés por la herramienta. Por ello, explorar e idear nuevas vías para aproximar y amenizar la formación o

sensibilización en cuanto a la notificación de los sucesos adversos, y en la medida de lo posible, adaptarlo a cada Servicio o Unidad, se convierte en una misión prioritaria a llevar a cabo por las UFCASP, siempre en colaboración con la Dirección y los mandos intermedios. Existen diferentes vías de sensibilización y difusión sobre su uso como son: los correos masivos, los recordatorios puntuales, las campañas específicas, la utilización de los días mundiales de calidad y seguridad y la formación general o formaciones específicas. Todas ellas son importantes y complementarias y es fundamental distinguirlas, así como determinar cuándo utilizar una u otra vía. En Atención Primaria, el SINEA está instaurado y forma parte de la Historia Clínica (SIA-Abucasis), en Atención Hospitalaria, nos encontramos en proceso de incorporación al contar con una Historia Clínica propia, y el icono del SINEA está disponible en todos los escritorios de los ordenadores del Departamento. Teniendo en cuenta que el principal objetivo no es el número de notificaciones sino conocer lo que está ocurriendo e implantar barreras para que nuestro sistema sanitario sea más seguro, hemos optado por integrar vías alternativas a la notificación voluntaria de los profesionales como por ejemplo: reclamaciones del SAIP, comisiones y grupos de mejora en los que se detectaron sucesos adversos (como por ejemplo la Comisión de Historias Clínicas, el Grupo de Seguridad de UCI, la Comisión de Humanización o la Comisión de Mortalidad), entre otros.

Evaluación: En total, en el 2022 hubo 187 notificaciones. Los “Errores de medicación” (prescripción, preparación, dispensación o administración) fueron los más frecuentes (26,20%), seguidos por los relacionados con “Problemas relacionados con los Cuidados” (sobre todo caídas) (21,93%), “Errores durante un proceso” (por ejemplo no seguimiento del circuito establecido o problemas de comunicación entre diferentes niveles asistenciales) (20,86%), RAM(18,72%), “Errores en la Identificación de pacientes o de sus muestras y/o documentos” (5,88%), “Errores en el procedimiento o técnica” (5,88%) y Otros (no englobados en ninguna de las categorías anteriores) (0,54%). Tras analizar la información obtenida, observamos el impacto de las sesiones de formación específicas con respecto al aumento de número de notificaciones. Durante los meses de mayo y octubre del 2022 se realizaron dos sesiones telemáticas con los Coordinadores de los Centros de Salud de Atención Primaria y la repercusión sobre el número de notificaciones fue casi inmediata. Hasta la fecha, el número de notificaciones en el ámbito hospitalario siempre había sido superior al de Atención Primaria, pero inmediatamente después de esas dos sesiones, se invirtió la tendencia. Por el contrario, cabe destacar, que, tras ese primer aumento, las notificaciones se volvieron a invertir, lo que nos lleva a pensar como principal conclusión, que la formación y recordatorios son útiles, pero deben de ser continuos y específicos y habría que valorar la sostenibilidad en el tiempo para evitar la saturación de los profesionales. Por otra parte, sería interesante pensar en nuevas formas de incentiva ción de los profesionales. En nuestro caso el indicador de los Acuerdos de Gestión sobre notificación de eventos adversos se ha trasladado individualmente a todos los profesionales a través del sistema de productividad e incentivos asistenciales. En cuanto a las fuentes de información de la notificación, la principal fuente de información han sido las notificaciones voluntarias por parte de los profesionales, con un 86,63%, seguido de los sucesos recogidos de las reclamaciones del SAIP (7,49%) y otras fuentes (2,67%) que incluyen comisiones y grupos de mejora, emails explicando las situaciones, reuniones en las que surge el problema o referentes de seguridad de las Comisiones Clínicas. Los sistemas de notificación constituyen una herramienta útil para conocer los eventos adversos que se producen, por ello debemos de integrar cualquier suceso que afecte al paciente en este sistema y tratarlo y gestionarlo como cualquier notificación voluntaria del profesional, incluyendo la gravedad del suceso y análisis causa raíz en caso de ser necesario.

Transferibilidad: Experiencia fácilmente transferible a todos los Departamentos de salud. Siempre es recomendable que la/s persona/s que vayan a impartir la formación tengan facilidad de adaptación de horarios de los profesionales a quienes van dirigidas.

EXTREMADURA

Experiencia de Gestión 1. Análisis y gestión de evento adverso en vacunación masiva COVID

Centro: Gerencia del Área de Salud de Cáceres

Contacto: María Celia Sánchez Martín

Correo: mariacelia.sanchez@salud-juntaex.es

39

Justificación: La implantación en nuestro hospital del sistema de notificación para la seguridad y aprendizaje de los incidentes SINASP ha demostrado ser una herramienta eficaz para el fomento de la cultura de seguridad y en el aprendizaje de los errores y en la consolidación del grupo de gestión de riesgos. Queremos destacar el análisis causa raíz realizado tras un incidente ocurrido en el centro de vacunación masiva durante la pandemia de COVID-19, por lo que ha supuesto de aprendizaje de experiencias y de recomendaciones extrapolables al análisis de otros incidentes. El incidente consistió en la vacunación errónea frente a COVID-19 de la 1ª dosis a 94 personas programadas para una vacuna (Moderna®), a los que se administró una vacuna diferente (Astra Zeneca®).

Algunas peculiaridades en el análisis de este incidente son:

- Incidente acompañado de un gran impacto mediático, pues en aquel momento, existía una corriente negativa en los medios sobre la seguridad y eficacia de alguna de las vacunas frente a otras.
- Incidente ocurrido en un centro externo a un centro sanitario, con su propia organización y planificación del trabajo.
- El incidente generó en las personas afectadas una inseguridad añadida sobre la pertinencia o no de vacunarse de la segunda dosis, tanto por la inseguridad de no saber con qué vacuna había sido la primera dosis como por el desconocimiento que existía en aquellos momentos sobre la eficacia de la vacunación con vacunas distintas en las dos primeras dosis.
- Queremos destacar también en el análisis de este incidente, el abordaje y gestión tanto de las primeras como de las segundas y terceras víctimas. Se llevaron a cabo acciones sobre las segundas víctimas, seriamente afectadas, y sobre las terceras víctimas responsables de reestablecer la confianza de los ciudadanos en un momento en el que el proceso de vacunación debería mostrar seguridad y máximas garantías.

Actuaciones realizadas:

Nº	Acción	Medidas de evaluación	Fecha de evaluación
1	Todas las profesionales antes de incorporarse al equipo de vacunación realizan el curso online de la Escuela	El equipo tiene acceso al curso, reciben acreditación	Tras la incorporación

	de Ciencias de la Salud: “Vacuna COVID-19 Características y Administración”, sobre los puntos claves en seguridad en la vacunación.	y se lleva a cabo de forma previa a la incorporación de los profesionales al equipo de vacunación.	de los profesionales a los equipos de vacunación.
2	Asignación de un responsable encargado de la recepción, verificación y almacenamiento de las vacunas, en cada mesa de vacunación.	Nombramiento de los responsables y firma de la recogida y entrega de las vacunas.	3 veces al día
3	El equipo debe conocer el protocolo de recepción de los viales, almacenamiento y organización en el frigorífico. Responsable de mesa Verificar su cumplimiento.		1 vez por semana
4	Establecer el mismo código de colores en las tarjetas de la mesa y del frigorífico con la información de la vacuna, lote y caducidad. Núcleo de seguridad. Verificación de códigos de colores.		1 vez por semana
5	Recordatorio, al inicio de la sesión, de la vacuna que se va a administrar, su dosis y si requiere o no reconstitución. Responsable de la mesa. Verificar su cumplimiento.		1 vez por semana
6	Elaborar listado de verificación para el procedimiento de preparación y administración de las vacunas. Núcleo de seguridad. Listado de verificación elaborado 1 vez.		
7	Procedimiento de preparación/administración de las dosis/registros de dosis y mesa responsable.	Listados de verificación cumplimentado.	Diariamente
8	Establecer formación periódica en seguridad e higiene.	Sesiones de formación realizadas.	Tras la incorporación de los profesionales a los equipos de vacunación
9	Cambio en el sistema de entrega y devolución de las vacunas en el centro de vacunación.	Comprobación del nuevo protocolo de transporte.	Diariamente
10	Separación física de las filas de vacunación desde la puerta hasta el punto de vacunación.	Existencia de dispositivos de separación física de las filas de vacunación.	Diariamente

11	Abordaje de las 2 ^o víctimas. Se realizaron dos sesiones de apoyo a los profesionales implicados, con tres objetivos: prestar atención a las propias emociones, gestión del impacto emocional y propiciar el autocuidado. Se facilitó la expresión de emociones y el espacio de encuentro. Se ofreció la oportunidad de una intervención individual.	Realización de sesiones de apoyo a los profesionales implicados en el incidente.	Realización de 2 sesiones
12	Comunicación, información y seguimiento de los pacientes afectados.	Seguimiento telefónico cada 48 horas durante 2 semanas y disponibilidad para la resolución de cualquier duda hasta completar la pauta vacunal.	Tras la comunicación del incidente se hizo una reevaluación cada 48 horas de síntomas y signos a todas las personas implicadas en el incidente y se les facilitó un número de teléfono para la resolución de dudas.
13	Presentación del análisis y las propuestas de mejoras al equipo de vacunación y al equipo directivo. Realización de 2 sesiones: la primera al equipo directivo y la segunda al equipo de vacunación.	Realización de sesiones de <i>feedback</i> .	Realización de 2 Sesiones

Transferibilidad: La gestión del incidente nos ha permitido consolidar el grupo de gestión de riesgo y el abordaje no solo de las primeras víctimas sino también de las segundas y terceras víctimas. Hemos aprendido de la experiencia y de las herramientas de análisis (mapa y cronología de hechos, diagrama causa-efecto, análisis causa raíz, análisis de las barreras, etc.) que se han extrapolado a otros incidentes que se han analizado con posterioridad. Toda esta metodología es transferible al análisis y resolución de incidentes en cualquier centro del entorno sanitario.

GALICIA

Experiencia de Gestión 1. Impacto en la cultura de seguridad hospitalaria del sistema de gestión de riesgos como herramienta clave de continuidad postpandemia

Centro: Hospital Ribera Poviša

Contacto: María Valle Quintela Porro

Correo: vquintela@povisa.es

42

Justificación: La consolidación de la cultura de seguridad ha sido uno de los grandes retos para la seguridad del paciente y se ha visto afectada por el impacto de la crisis sanitaria del 2020, obteniendo como resultado en 2021 y 2022, la disminución de la notificación de los incidentes de seguridad, así como la fractura de los sistemas de mejora continua para la seguridad del paciente, como la gestión del riesgo clínico. Para dar continuidad al sistema, resulta necesario plantear una estrategia que implique a los profesionales y líderes de la organización y dé como resultado el incremento del grado de notificación y aprendizaje del error, así como la reactivación del sistema para la reducción del riesgo clínico.

Objetivos:

- Garantizar la continuidad de la gestión de la seguridad del paciente, con la implicación de los profesionales en la identificación de riesgos.
- Incrementar la adherencia de notificación de incidentes.

Actuaciones realizadas: En 2021 se conforman Equipos de Mejora en 7 ámbitos asistenciales, incluyendo área COVID-19 que identifican riesgos tanto de forma proactiva (AMFE), como reactiva (incidentes notificados). En 2022, se extiende a Urgencias y Hemodiálisis. Todos los incidentes analizados se traducen en mapas de riesgos inherentes en cada área, cuyas acciones de mejora diseñadas se difunden mediante la publicación de boletines periódicos, y talleres sobre “aprender del error y reducir el riesgo”, para generar la alerta en los profesionales. Con el fin de garantizar la adherencia, se realizan rondas de seguridad, con la participación de la Dirección del Hospital, a través de las cuales se abordan los aspectos más relevantes de seguridad.

Evaluación: La adherencia a la notificación mejoró con una frecuencia que supera el 30% cada año. Mediante la participación de los 74 profesionales, en el año 2022, se desarrollaron 99 acciones de mejora que responden a la gestión de incidentes notificados, con el fin de reducir el grado de riesgo. Se publicaron en 6 boletines bimensuales y se evaluó el sistema de gestión a través de indicadores como:

- Incidentes notificados y gestionados (mensual)
- Acciones de mejora planificadas y porcentaje de acciones de mejora implementadas (semestrales)
- Nº de notificaciones con indicación de ACR y ACR finalizados (mensual)
- Promedio anual IPR
- Número de riesgos identificados con planes de mejora activos (anual)
- Mapas de riesgos publicados por ámbito (anual)
- Nº de profesionales que participaron en talleres de seguridad de pacientes (mensual)

- Nº de rondas realizadas (mensual)
- Nº de acciones planificadas e implementadas derivadas de rondas de seguridad (trimestral)

Transferibilidad: Para promover la cultura de seguridad en cualquier organización sanitaria, es fundamental integrar a los profesionales en el sistema de mejora continua. Los sistemas de gestión del riesgo clínico se retroalimentan fundamentalmente de su participación a través de notificación de incidentes y mediante la experiencia clínica. Y para garantizar la implicación, son efectivas herramientas de comunicación y *feedback* que den cuenta de los riesgos y planes de mejora establecidos. Este sistema es aplicable, por tanto, a cualquier organización sanitaria cuya política de seguridad de paciente, englobe la gestión de la misma a través de la cultura de los profesionales.

Experiencia de Gestión 2. Chalecos anti-distracciones

Centro: Complejo Hospitalario Universitario de Ourense - CHUO

Contacto: Miriam Vázquez Campo

Correo: miriam.vazquez.campo@sergas.es

Justificación: En los entornos hospitalarios las interrupciones son frecuentes durante el procedimiento de preparación y administración de medicación por parte de las enfermeras. Las enfermeras deben asegurar los llamados “5 correctos”: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta y hora correcta. Las distracciones durante este proceso pueden dar lugar a errores en la administración de medicamentos. Son varios los estudios que han demostrado que estas interrupciones están asociadas a una mayor aparición de errores en medicación que ponen en riesgo al paciente (Schroers, 2018; Westbrook, 2017). La seguridad del paciente debe de ser una prioridad para las enfermeras, por ello es necesario elaborar estrategias encaminadas a disminuir las interrupciones durante la preparación y administración de medicación para, así, tratar de evitar o disminuir los errores en medicación.

Objetivo: Con esta acción de mejora se pretende conocer si el uso por parte de los profesionales de enfermería de un chaleco con la leyenda “Non molestar. Preparando medicación” disminuye las interrupciones que sufren estos profesionales y por tanto el número de errores en la medicación.

Actuaciones realizadas: Actualmente se está pilotando en dos unidades de hospitalización (una quirúrgica y otra del área médica) el uso de estos chalecos durante el intervalo de tiempo en el que el profesional de enfermería prepara y administra la medicación. Si la experiencia resultada beneficiosa, se extenderá dicha medida al resto de unidades.

Evaluación: Mediante un cuestionario de elaboración propia se evaluó la percepción del grado de distracciones por el personal de enfermería antes de la implantación de los chalecos. En estas unidades piloto, se evaluará con el mismo cuestionario la percepción del grado de distracciones por parte de los profesionales tras un mínimo de dos meses tras la implantación de la medida.

Transferibilidad: La medida propuesta, una vez probado su beneficio, es sencillo de transferir a otras unidades y servicios y su coste es mínimo.

Experiencia de Gestión 3. Cómo pasar de 5 Centros de Salud a incluir en SiNASP todos los Servicios de Atención Primaria de un AREA SANITARIA de 300.000 habitantes

Centro: Área Sanitaria de Pontevedra y O Salnés

Contacto: Modesto Martínez Pillado

Correo: modesto.martinez.pillado@sergas.es

44

Justificación: En nuestra organización, Área Sanitaria de 300.000 hab. apenas disponíamos de 5 centro notificadores de SiNASP, año tras año, desde 2015. Con un cambio de orientación de la presentación de SiNASP (evitar segundas víctimas y participación de la Farmacia de Atención Primaria), conseguimos en un solo año, incorporar a todos los Servicios de Atención Primaria. Conviene remover las barreras para conseguir un sistema de notificación en el que los profesionales confíen. Notificar debe ser un primer paso para después analizar los incidentes entre directivos, profesionales y pacientes. Compartir información permite aunar conocimientos, experiencias y puntos de vista de todos los agentes implicados para acordar e implementar actividades de mejora de la seguridad.

Objetivos: Incorporar a todos los Servicios de Atención Primaria de un área Sanitaria del Sergas a través de la facilitación de las farmacéuticas de Atención Primaria

Actuaciones realizadas:

- Despliegue de la Farmacéutica de Atención Primaria en el Área Sanitaria del Plan prescripción
- Priorización en la Comisión de Dirección de los objetivos de mejora de SiNASP en el Área Sanitaria
- Utilización de nuevos topics, para la incorporación de Atención Primaria a SiNASP: equidad en el acceso a todos los profesionales, evitar segundas víctimas, optimización de la prescripción de opioides. La Farmacia de Atención Primaria se presenta en nuestra Área como valor añadido de la receta electrónica y disponemos de canales de comunicación efectiva entre farmacéuticos comunitarios y médicos.

Evaluación:

- % de servicios de Atención Primaria con acceso a SiNASP / total de servicios de Atención Primaria del Área Sanitaria
- % de comunicación de incidentes a SiNASP desde Atención Primaria / total de incidentes de SiNASP en el Área Sanitaria

Transferibilidad: A través de la incorporación de nuevos profesionales de Farmacia a Atención Primaria, en nuestra Área Sanitaria, conseguimos la extensión de SiNASP en Atención Primaria. La clave, fue presentarse como facilitadores, y mostrando SiNASP como una herramienta de equidad en la notificación, y no solo como una herramienta de seguridad clínica.

MADRID

Experiencia de Gestión 1. Identificación, Análisis y Mejora de los Tipos de Incidentes de Seguridad y Errores de Medicación, notificados en CISEMadrid, con mayor frecuencia y gravedad en Atención Primaria.

Centro: Gerencia Asistencial de Atención Primaria

Contacto: Gerardo Garzón González

Correo: gerardo.garzon@salud.madrid.org

45

Justificación: Se trata de una propuesta de Aprendizaje y Mejora. CISEMadrid es el sistema de notificación del Servicio Madrileño de Salud. Lleva funcionando desde 2016. La versión previa, llamada CISEM-AP, era exclusivamente para Atención Primaria (AP) y estaba implantada en el Área Única de AP de la Comunidad de Madrid desde 2010-2011. En la Comunidad de Madrid hay un Área Única de AP cuya Gerencia está organizada, en siete Direcciones Asistenciales. La Seguridad del Paciente está estructurada en siete Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, una por cada Dirección Asistencial, y, además, una Comisión de Seguridad del Paciente de toda la Gerencia. CISEMadrid además de facilitar las notificaciones, permite la gestión de cada una de ellas, facilitando y registrando la valoración, el análisis y las medidas correctoras. La actividad fundamental de las siete Unidades de Seguridad del Paciente de AP consiste en el análisis individual de cada notificación y la propuesta de medidas de mejora específicas para cada incidente, si bien, en algunos casos, estas medidas son aplicables a todos los centros y se convierten en Recomendaciones de Seguridad Generalizables (RSG). Desde la Comisión de Seguridad también surgen RSG de los proyectos que se desarrollan. En la Comunidad de Madrid se han realizado más de 3.000 notificaciones de AP al año hasta la “caída” en el número de notificaciones que ha tenido lugar durante la pandemia. Por eso, además de este análisis individual que genera acciones específicas, el enorme volumen de información disponible, es susceptible de un análisis global. Aunque la notificación no refleja exactamente la realidad, el análisis global permite tener una visión de las áreas en las que se concentran los incidentes de seguridad y errores de medicación y puede servir para priorizar actuaciones más eficientes. Por este motivo, desde hace siete años, está en funcionamiento este proyecto.

Objetivos:

1. Identificar los tipos de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) más frecuentes.
2. Analizar globalmente cada uno de los tipos de IS/EM identificados, subclasificándolo, determinando gravedad e identificando factores contribuyentes relevantes.
3. Desarrollar acciones de mejora dirigidas a los problemas de seguridad prioritarios según el análisis.

Actuaciones realizadas:

- Identificación de IS/EM más frecuentes

Se realiza anualmente un análisis de las frecuencias de los tipos de IS/EM notificados desde el año 2016. La comparación se hace conjuntamente de IS/EM. Los EM se subclasifican según la etapa (prescripción, administración...) y el ámbito (centro de salud, domicilio paciente, hospital...).

Desde 2016 los % de los distintos tipos se mantienen aproximadamente estables, excepto “picos” coyunturales, siendo de mayor a menor frecuencia:

- a) EM de administración por el propio paciente (15-20%)
- b) EM de prescripción (10-15%)
- c) IS/EM en continuidad asistencial (10-15%)
- d) IS en pruebas diagnósticas (5-10%)
- e) Errores de identificación de paciente (5-10%)
- f) Fallos en dispositivos y equipos (4-8%)
- g) EM de administración por profesional (4-8%)
- ...y otros

- **Análisis y Acciones**

A principios de 2017 se analizaron los IS relacionados con Pruebas Diagnósticas. La cuarta parte eran demoras en la valoración de resultados y, en los casos de resultados críticos, se trataba de IS con daño grave. Como consecuencia de este análisis se priorizó el establecimiento de sistemas de alertas ante resultados críticos de laboratorio, radiología y anatomía patológica con todos los hospitales, estableciéndose pactos con cada hospital de los resultados “alertables” y de los canales de comunicación, recogidos en sendos documentos. A finales de 2017 se analizaron los EM de administración por el paciente y por el profesional y los EM de prescripción (los resultados han sido publicados). Se identificaron como problemas prioritarios por su frecuencia y gravedad la comunicación profesional-paciente sobre el tratamiento (información y verificación), los despistes del paciente y los errores de prescripción con medicamentos de alto riesgo (anticoagulantes/antiagregantes, hipoglucemiantes, opioides potentes y benzodiazepinas). Como consecuencia, en 2018 se diseñaron actuaciones para mejorar la verificación del conocimiento del tratamiento y el uso de pastilleros, y se desarrolló el proyecto MAR en SAR (medicamentos de alto riesgo en situaciones de alto riesgo) basado en señalamientos y doble autochequeo, realizándose un pilotaje. Las acciones, iniciadas a lo largo de 2019 se detuvieron por la pandemia. En 2019 se analizaron los IS/EM relacionados con Identificación de paciente. Se encontró que no revestían gravedad con la excepción de los relacionados con pruebas diagnósticas con resultados críticos y con medicamentos de alto riesgo; ambas líneas estaban previamente abordadas. En la segunda mitad de 2020 se analizaron los IS/EM relacionados con Continuidad Asistencial (los resultados se han publicado). Los problemas de seguridad más graves eran EM en hospital de prescripción, y en menor medida de conciliación, sobre todo en relación con anticoagulantes y vitamina D. Se propusieron dos actuaciones: flash recomendando autochequeo, al prescribir anticoagulantes o vitamina D y revisión por farmacéutico. Las sucesivas olas de COVID limitaron la puesta en marcha. En 2022-2023 se ha retomado el análisis de EM de administración del propio paciente y se están diseñando actuaciones en la actualidad.

Transferibilidad: La distribución de los tipos de IS/EM será probablemente muy similar en la AP de cualquier Área o Comunidad Autónoma, por lo que es asumible que el análisis realizado sea aplicable a cualquier otro ámbito geográfico. Las medidas desarrolladas, son también perfectamente aplicables en cualquier ámbito de AP:

- Sistema de alertas ante resultados críticos de pruebas diagnósticas
- Verificación del conocimiento del tratamiento y uso de pastilleros en polimedicados
- Proyecto MAR en SAR
- Flash de autochequeo en MAR
- Revisiones por farmacéutico de AP

Experiencia de Gestión 2. Implicación de la Red de Referentes de Seguridad para liderar la transformación de la cultura de seguridad en un hospital de tercer nivel

Centro: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Contacto: Alicia Díaz Redondo

Correo: adredondo@salud.madrid.org

Justificación: Tema: Entornos que propician la notificación. Cultura de Seguridad. La efectividad de los sistemas de notificación está altamente condicionada por la cultura de la seguridad del entorno donde se implanta el sistema. La herramienta por sí sola, por potente que pueda resultar, es insuficiente para conocer los riesgos que pueden estar desarrollándose durante la asistencia sanitaria. Por este motivo, resulta trascendental que los profesionales no solo conozcan la existencia del sistema, sino que, además, presenten la suficiente sensibilidad para tomar consciencia de los riesgos que involucra la actividad asistencial y de este modo poder detectar los diferentes incidentes que puedan ocurrir. Para la sensibilización de los profesionales, no basta con el manejo de las herramientas, sino que se involucren, también, en el proceso de análisis de los incidentes de seguridad (IS) y Errores de Medicación (EM), los resultados de la evaluación y las medidas desplegadas finalmente. La participación de las personas durante todo el proceso, responde directamente a la pregunta: ¿y esto para qué sirve? Cuestión que puede surgir cuando el proceso de notificación se entiende como un registro administrativo y no se difunden las acciones de mejora entre todo el colectivo profesional. Por este motivo, en 2016 la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos (UFGR) del hospital, coincidiendo con el cambio de sistema de notificación en papel a notificación electrónica a partir de la aplicación CISEMadrid, propone un nuevo enfoque para implicar a la Red de Referentes de Seguridad en el centro.

Objetivo: Mejorar la cultura de seguridad del hospital

Actuaciones realizadas:

- En 2016 se implanta la aplicación CISEMadrid para la notificación y gestión de los IS y EM. En este contexto, la UFGR y la Dirección del centro promovieron una transformación organizacional con el objetivo de reforzar la red de referentes de seguridad, potenciando la incorporación de nuevos profesionales teniendo en cuenta su categoría laboral, turno de trabajo o ámbito asistencial
- La Dirección y la UFGR establecieron cursos de formación acreditada en Seguridad del Paciente, talleres de manejo de CISEM y de herramientas de análisis de IS y EM
- Los referentes de la red realizan sesiones formativas dentro de su ámbito para desplegar la formación al resto de profesionales
- La Dirección y la UFGR difunden y facilitan el acceso a cursos y actividades formativas desarrolladas por otros organismos: SERMAS, Ministerio de Sanidad
- La Dirección y la UFGR organizan jornadas a lo largo del año para Referentes de Seguridad, donde se difunde a toda la red el resultado de los objetivos y la planificación para el próximo año, además, se realiza la comparación interna de medidas para su implantación entre servicios
- La Dirección y la UFGR establecen convocatorias de reconocimiento de buenas prácticas que se difunde a todo el hospital

Evaluación: Se presentan los resultados alcanzados tras la estrategia de impulso de la Red de Referentes de seguridad en el hospital. A través del Cuestionario de seguridad de los pacientes: validado por Ministerio de Sanidad, se objetiva una mejora en el grado de seguridad percibido (6,65 vs 7,44), además de aumentar la notificación referida por los encuestados (62,7% habían notificado 0 incidentes en el último año en 2016, vs 30,4% en 2022). Se observa un incremento notable en 2016 del número de profesionales implicados en la red, con el inicio de las actuaciones. A lo largo del tiempo, se observa un incremento sostenido de la participación. En cuanto a la notificación el fomento de la red aumentó notablemente el número de IS y EM registrados en el sistema, no obstante, podemos ver como en 2020 se produjo un importante descenso de la notificación, lo cual podría estar relacionado con la pandemia COVID como factor estresante que tensiona el ambiente de trabajo y puede afectar a otros ámbitos comportamentales de los profesionales, como la cultura de Seguridad del Paciente. No obstante, se observa una progresiva recuperación en los años siguientes. La formación y la transferencia de responsabilidades a la red, aumentó la implicación con el análisis y validación de IS y EM, que ha permitido mejorar la respuesta a las notificaciones incluso aunque haya aumentado el número de notificaciones a lo largo de los años. Asimismo, se ha conseguido desplegar una importante batería de medidas, algunas como elementos formativos que transfieren los referentes a los profesionales (diversas herramientas y material formativo), y en otras ocasiones llevan a cabo acciones que fomentan un cambio en la organización y en la realización de procedimientos asistenciales (adecuación de circuitos asistenciales, protocolos transversales y específicos, etc.).

Transferibilidad: La estrategia para el impulso de la cultura de seguridad se basa en la aplicación de dos medidas fundamentales:

- Aumentar la red haciendo partícipes a profesionales de todas las categorías profesionales, mandos intermedios y turnos de trabajo. Esto permite generar focos de sensibilización que alcancen a todos los ámbitos del hospital y permitan progresivamente una mayor concienciación de todos los profesionales.
- Implicar y hacer partícipes a los referentes de seguridad de todo el proceso de análisis y propuesta de mejora. De este modo, se consigue que el nivel de conocimientos de los profesionales sobre el ciclo de mejora y el análisis de riesgo sea completo y, además, permite establecer acciones de mejora más adaptadas a cada área.

Ambos pilares dependen de una voluntad de transformación de la organización e implicación de los líderes, y su implantación no necesita recursos externos, lo cual hace accesible su transferibilidad para toda organización.

Experiencia de Gestión 3. Actitud más formación, “aptitud”: aumentando la cultura de seguridad

Centro: Hospital Universitario José Germain

Contacto: Lizzy Paola Cisneros Almeida

Correo: gerencia.ipjg@salud.madrid.org

Justificación: El Hospital Universitario José Germain (HUJG) es un hospital monográfico que atiende a pacientes con trastorno mental grave, vulnerables a un gran número de riesgos potenciales durante la asistencia sanitaria.

El HUGJ desde hace muchos años está implicado con la Seguridad del paciente, tanto que fuimos el primer hospital público de la Comunidad de Madrid (CAM) en certificar un sistema de Gestión de Riesgos Sanitarios conforme a una norma UNE 179003:2013, demostrando de esta forma la actitud de los profesionales por mejorar la Seguridad de nuestros pacientes. En 2016 se comienza la implantación de CISEMadrid sistema de comunicación de carácter voluntario y confidencial para el registro y gestión de los incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM) en todos los hospitales de la CAM, siendo 2017 el primer año en recoger el 100% de notificaciones a través de este sistema. Los primeros años tras la implantación de CISEMadrid mantuvimos una tendencia ascendente en el número de notificaciones; sin embargo, en los años posteriores, evidenciamos un descenso progresivo haciéndonos saltar las alarmas puesto que las notificaciones son importantes para monitorear los progresos en la prevención de errores, para permitir el monitoreo de prácticas seguras y como una manera de mejorar la seguridad del paciente. Por tal motivo, desde la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios (UFGRS), nos planteamos la necesidad llevar a cabo un análisis exhaustivo de la causalidad de este descenso para proponer líneas de trabajo y propiciar la notificación de incidentes de seguridad.

Objetivo: Identificar las causas del descenso de las notificaciones de IS/EM para proponer acciones de mejora e impulsar la cultura de seguridad del paciente a través del incremento de la notificación de IS/EM.

Actuaciones realizadas:

- Etapa de diseño e intervención:

Primera etapa: Identificación de las causas de la infranotificación de las notificaciones en CISEMadrid: Tras la identificación de la infra notificación de los IS/EM, los miembros de la UFGR conformado por un equipo multidisciplinar e implicación de miembros de la dirección, nos reunimos para determinar mediante “Tormenta de ideas”, las causas de la reducción en el número de IS/EM notificados, detectándose entre otras la falta de conocimiento de qué se debe documentar, miedo a acciones disciplinarias o falta de familiaridad con CISEMadrid o con el uso de las nuevas tecnologías. Tras esta primera etapa, decidimos rediseñar el proceso para el análisis de notificación de incidentes a través de CISEMadrid y planteamos una estrategia educativa (EE) dirigida a los profesionales sanitarios para impulsar la notificación de IS/EM.

Segunda etapa: Rediseño del circuito de proceso de análisis de notificaciones de IS/EM: Tras la revisión completa del proceso en febrero 2020, rediseñamos el circuito de análisis de notificaciones de IS/EM. Para ello implicamos a otros profesionales constituyéndose un grupo de trabajo para la revisión y rediseño del proceso de análisis de notificaciones, actualizando y difundiendo la instrucción técnica (octubre del 2020).

Tercera etapa: Estrategia educativa: Planteamos una EE de “formación de formadores” (ToT modelo) utilizado por expertos para formar posteriormente a otras personas que a su vez trasladan el conocimiento al mayor número de personas. En la EE, abordamos conceptos como seguridad del paciente, eventos adversos, evento centinela, etc., sistema de registro de notificaciones, descripción del nuevo proceso de análisis de incidentes, etc... Se diseñó la EE en dos fases:

- Fase I: Formación de formadores. En junio 2021, se aplicó la intervención educativa a 8 FORMADORES, (RSU). Además de los contenidos generales, se abordó estrategias de comunicación. Se repasó el material a utilizar para transmitir el aprendizaje y fomentar un modo de proceder reflexivo y orientado a los objetivos planteados.
- Fase II: Actividad formativa de los formadores a los trabajadores sanitarios. A través de la planificación y realización de 7 sesiones formativas sobre notificación de IS/EM en las

unidades asistenciales a lo largo del segundo semestre del 2021. La metodología desarrollada consistió en talleres prácticos, interactivos, de resolución de problemas, ofreciendo tutoría y asistencia después de la formación.

- Etapa de evaluación: se midió:
 1. Número de participantes a las sesiones formativas.
 2. Número IS/EM notificados en CISEMadrid el año 2022 y el 2023
 3. Análisis comparativo de los resultados obtenidos antes y después de aplicada la estrategia educativa.

Evaluación: Se formaron 8 profesionales RSU, que a su vez formaron a 68 profesionales sanitarios que representa el 26% del total. Respecto a las notificaciones, el 2021 se notificó 202 IS/EM que representó 211% más que el 2019 y 127% más que el 2020. El 2022; 375 IS/EM, 321% más que el 2019 y 477% más que el 2020. Además, los resultados de la primera etapa del proyecto significaron la formación del “Grupo de Análisis de IS/EM” constituido por 10 profesionales formados en CISEMadrid, encargados de la evaluación de las notificaciones y la IT aprobada y difundida.

Transferibilidad: En nuestra experiencia, hemos conseguido afianzar nuestra política de seguridad del paciente mediante las medidas implementadas. La formación de un grupo de trabajo para el rediseño del proceso y la estrategia educativa de “formación de formadores” (ToT modelo) nos permitió procurar a profesionales con “actitud”, la necesaria “aptitud” para transmitir la formación, información y concienciación a la mayor parte de los profesionales sobre la importancia de la notificación de IS/EM, siendo uno de los métodos más útiles para identificar riesgos de seguridad del paciente y desarrollar intervenciones además para generar cambios de comportamiento en la seguridad del paciente porque permite aprender con los propios errores. El incremento del número de notificaciones de IS/EM demuestra por lo tanto el aumento de cultura en seguridad del paciente. Los resultados obtenidos tras el desarrollo del proyecto y todo ello sin coste económico, sugieren la factibilidad de exportar este proyecto a otras organizaciones sanitarias.

MURCIA

Experiencia de Gestión 1. Un blog de seguridad como *feedback* en SiNASP

Centro: Hospital General Universitario Santa Lucía

Contacto: María-José Vicente Pérez

Correo: mjose.vicente2@carm.es

Justificación: Generalmente las notificaciones en el programa SiNASP, tienen la capacidad de proyectar un *feedback* para los trabajadores, ya que a menudo, ponen de manifiesto carencias, descuidos o faltas de atención sobre determinados modos de trabajo. Como gestores, vimos interesante aprovechar estas notificaciones, para crear mensajes de “recordatorio” y “actualización” derivados de las alertas notificadas. La creación de un “blog de seguridad” en el que puedan verse reflejadas las acciones realizadas o bien, hacer un recordatorio de la forma más correcta, basada en la última evidencia científica de cómo proceder ante una determinada

situación, fue la manera que vimos más útil para poder hacer llegar la información a nuestros trabajadores, potenciando así una praxis de calidad, segura para nuestros pacientes y usuarios, y también, se consigue aunar la investigación en cuidados, con la práctica diaria. Esta información, a su vez, es presentada de una forma atractiva y sintetizada, siempre buscando el máximo provecho que puedan extraer de ella los trabajadores. Dar respuesta a estos incidentes de seguridad, permite realizar un recordatorio de los puntos más vulnerables, intentando disminuir al máximo, el riesgo de que estos puedan repetirse. Trabajar con información contrastada y basada en la última evidencia disponible, unifica criterios, evitando la variabilidad en la práctica clínica, disminuye el gasto sanitario y ahorra recursos, limitando los efectos adversos que podrían aparecer y logrando un desempeño de la labor asistencial de calidad y seguro, tanto para el paciente, como para el profesional. Esta forma de trabajo se traduce, en un respaldo legal frente a una situación de conflicto, y a una sensación de mayor seguridad y autonomía, ya que el profesional sabe lo que está haciendo y tiene la certeza de contar con la última evidencia científica que lo avala.

Objetivo: El objetivo principal de la creación del blog, es aumentar la información y la seguridad en la práctica diaria de los profesionales de salud, y de esta manera, la calidad de los cuidados prestados, mediante la difusión de las infografías creadas para dar respuesta a los incidentes de seguridad, y teniendo en cuenta que la información resulte llamativa, atractiva y útil.

Actuaciones realizadas: Tras cada notificación recibida, se realiza un pequeño “ciclo de mejora”, en el que el “departamento de calidad y seguridad del paciente”, piensa acciones relacionadas con el incidente, que puedan hacer que el profesional adopte la metodología de trabajo, que evite dichas actuaciones subsidiarias de propiciar un incidente de seguridad. Actualmente existen 21 entradas en el blog, relacionadas con incidentes de seguridad, siendo las restantes hasta un total de 36 entradas publicadas, relativas a protocolos resumidos del área, u otras informaciones relevantes. La información recogida en cada entrada se completa, ya sea con vídeos, o con información ampliada útil para el profesional y que puede consultar si lo desea. Destacar como punto fuerte, el hecho de que las infografías se pueden descargar en el móvil del trabajador, teniendo siempre “a mano” una guía de consulta rápida en caso de duda, y teniendo la certeza de que la información publicada está actualizada y adaptada a la última evidencia disponible. También resaltar, que la difusión de la publicación de las entradas en el blog se realiza a través de “grupos de difusión”, estos, son de carácter multidisciplinar y voluntario y facilitan al máximo la diseminación de la información. El blog ([link: https://estamossegurosarea2.blogspot.com/](https://estamossegurosarea2.blogspot.com/)) se estructura según las siguientes categorías: infografías, alertas de seguridad, notificaciones y códigos QR. Además, existe la posibilidad de dejar algún comentario al finalizar cada una de las entradas. Se han recibido más de 12500 visitas, superando alguna entrada las 3600 visitas, como es el caso de la infografía “Orden de extracción de analíticas”. No todas las actuaciones derivadas de los incidentes notificados, tienen como resultado una infografía o entrada en el blog, sino que se realizan otras intervenciones, como la implementación en el servicio de laboratorio de una alerta “visual”, cuando se detecta una demora entre la validación del tubo de extracción de la muestra, y su llegada al laboratorio, o también, la creación de un *checklist* obligatorio, con los puntos más importantes a revisar, antes de subir un paciente ingresado desde urgencias a planta de hospitalización. Todas nuestras actuaciones, van encaminadas a intervenir en los mecanismos para disminuir el riesgo de la aparición de un incidente de seguridad. En nuestro centro existen 2 gestores del SiNASP, dando cobertura tanto a atención primaria como especializada. En el año 2022, se recibieron 104 notificaciones, siendo los notificantes mayoritariamente profesionales

de enfermería (72%) y relativas estas notificaciones, en un 34% a “factores de la organización” y, en segundo lugar, los “factores profesionales” con casi un 30% del total de notificaciones.

Transferibilidad: Si bien es cierto que la actividad del blog no es constante, se ha detectado un aumento en las visitas y un interés creciente por parte de los profesionales, de contar con una información actualizada y veraz, viendo incrementadas las solicitudes para participar en las listas de difusión, donde se reciben las publicaciones del blog. Vivimos en una era con sobreabundancia de información, y conquistar la atención de los profesionales, es cada vez más difícil. Los contenidos visuales nos ayudan a sintetizar ideas, ya que son procesados 60.000 veces más rápidos por el cerebro que el texto, y somos capaces de retener imágenes por mucho más tiempo. Por ello, la idea de transformar recomendaciones para el desempeño laboral en infografías que sean de fácil acceso y en cualquier momento, es una forma positiva, segura y útil para el profesional, que siempre se sentirá amparado por una praxis de calidad.

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Experiencia de Gestión 1. Construyendo sinergias: sistema de notificación SiNASP eje principal en la implantación de la norma une 179003 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente

Centro: Hospital Reina Sofía de Tudela Navarra
Contacto: Montserrat Torres Berdonces
Correo: montserrat.torres.berdonces@navarra.es

Justificación: Abordar la seguridad del paciente teniendo como base el sistema de notificación SiNASP, como eje principal en la implantación de la norma UNE 179003 de gestión de riesgos para la seguridad del paciente, en el Hospital Reina Sofía Tudela (HRS), ha tenido un impacto positivo en la calidad y eficacia de toda la asistencia sanitaria. La seguridad del paciente (SP) implica a toda la organización y es una línea de trabajo aceptada y apoyada por la Gerencia y Dirección del HRS, con el marco del Plan Estratégico del Área de salud de Tudela (AST) 2021-2024 y el modelo de gestión avanzada implantado. La organización dispone de un sistema de gestión de riesgos para la seguridad del paciente conforme con la Norma UNE 179003 para las actividades implantada y certificada desde 2020. Se establecen las sinergias entre Gestoras del SiNASP, Sistema de Gestión de Riesgos de Seguridad del Paciente, Comisión de infecciones y Política de Antibióticos, Comisión Docencia y de SP así como con la Unidad de Comunicación, todo ello, con el liderazgo del Equipo de seguridad del paciente. Como resultado de estas interacciones el tratamiento de los riesgos para la seguridad del paciente se aborda de forma multidisciplinar mediante planes de mejora, seguimiento periódico con indicadores de proceso y resultado, así como la evaluación sistemática de las medidas implantadas.

Objetivos:

- Crear sinergias entre el sistema de notificación de incidentes SiNASP y el sistema de gestión de riesgos derivado de la aplicación de la norma UNE 179003.
- Generar cultura de seguridad: Está alineado con el Modelo de Gestión avanzada implantado en el AST, así como con el Plan estratégico 2021-2024 en el que la Seguridad del Paciente es una de las líneas estratégicas: Atención centrada en la persona.
- Abordar los incidentes con un enfoque sistémico y no basado en la persona.

- Gestionar incidentes relacionados con la seguridad del paciente
- Fomentar la comunicación relacionada con la seguridad del paciente.
- Identificar los riesgos estableciendo como criterios de evaluación del control del riesgo, la accionabilidad y detectabilidad. Como exposición al riesgo: probabilidad e impacto dando como resultado el factor de riesgo de exposición (gravedad y probabilidad). Para los riesgos evaluados como mitigar, la organización define un plan de tratamiento de riesgos.
- Planificar acciones de mejora para reducir los riesgos y seguimiento de las mismas.

Actuaciones realizadas:

- La política de gestión de riesgos.
- Organigrama del Sistema de Gestión de Riesgos SP.
- Fichas de perfil de puesto con competencias y responsabilidades en gestión de riesgos.
- Liderazgo de gestores del SiNASP como equipo motor de la implantación del Sistema de gestión de riesgos.
- Reuniones mensuales y a demanda de gestores en cada área para revisión de incidentes y elaboración de acciones de mejora.
- Formación de los responsables de las áreas en el sistema de gestión de riesgos.
- Comisión operativa de seguridad del paciente con una estructura, organización y funciones definidas, reuniones semestrales, presentación de casos prácticos de notificaciones recibidas.
- Comunicación a los profesionales: intranet, notas informativas, boletines, entrevistas en medios de comunicación local. Espacio mensual reservado para difundir informaciones relacionadas con la Seguridad del Paciente.
- Sistematización de la gestión de riesgos:
 - Análisis de riesgos: Identificación de riesgos, planes de mejora con acciones y recomendaciones mediante Informes a los responsables de los servicios afectados y Dirección. Seguimiento de acciones de mejora, por los responsables de los servicios y responsables SiNASP.
 - Seguimiento de recomendaciones derivadas de ACR.
 - Rondas de Seguridad relacionadas con eventos adversos notificados al SiNASP
- Evaluación periódica de estado de acciones de mejora recomendadas.

Evaluación:

- Primera certificación en 2020, se realiza seguimiento de la certificación 2021 y 2022.
- Durante 2022, se realizaron 3 reuniones de seguimiento con la Gerencia - Dirección AST, en las que se ha informado de la situación de las acciones realizadas y pendientes, necesidades para dar respuesta a incidentes detectados, así como 15 reuniones con los servicios, documentadas en actas.
- Análisis de riesgos realizados: a medida que el sistema de gestión madura, los riesgos a mitigar identificados para la seguridad del paciente van disminuyendo. Esto se debe al desarrollo de planes de tratamiento para los riesgos detectados, evolución de la metodología de identificación de riesgos. Los/as profesionales tienen más conocimientos sobre la gestión de riesgos y son mejor identificados y clasificados. Analizando los dos últimos años, vemos que las acciones planificadas para mitigar los riesgos identificados se han ido implementando.
- Indicadores SiNASP:

- El Nº de incidentes notificados y La ratio de notificación por 100 camas del Hospital Reina Sofía (HRS) es superior a la comunidad y resto de centros que utilizan la SiNASP a nivel nacional. Refleja que el uso de la plataforma por parte de los profesionales, se mantiene activo y da mayor posibilidad de trabajar en la mejora de la Seguridad del paciente.
- La tendencia a mayor número de incidentes sin SAC, refleja la capacidad de prevenirlos, al ser detectados antes de alcanzar al paciente.
- Retroalimentación o sugerencias de comités o grupo de personas de la organización: Comisión de seguridad del paciente, Plataforma SiNASP, Equipo de seguridad del paciente, Buzón de sugerencias de la intranet del centro (AUZOLAN) del servicio de Atención al Paciente.

Transferibilidad:

- Los equipos de profesionales del hospital están orientando su actividad a mejorar la seguridad de los pacientes, trasladando la evidencia científica a una práctica clínica adecuada y segura que aporte valor y beneficio a los pacientes.
- La implementación de un sistema de gestión de riesgos y de notificación de incidentes para la seguridad del paciente facilita el desarrollo de competencias profesionales y su impacto es positivo en las actividades sanitarias ya que su objetivo principal es que los incidentes detectados no se repitan aprendiendo de los errores.
- La metodología de este sistema de gestión y notificación de incidentes se sustenta en el análisis de riesgos para la seguridad del paciente, planificación de acciones de mejora y medición de resultados mediante indicadores aplicable a cualquier servicio sanitario e incluido como objetivo de calidad en todos los servicios.
- Se compilan los elementos y las estrategias de la organización: Líneas de trabajo, procedimientos clínicos, documentación, herramienta informática disponibles, comunicación, formación, implementación de acciones de mejora, haciendo que la seguridad del paciente sea un nexo transversal para todos ellos haciendo posible la transferibilidad de este sistema de trabajo.
- Se han realizado intervenciones y experiencias con carácter innovador, basadas en el mejor conocimiento científico disponible, transferibles o exportables a otros servicios o unidades o procesos, cuyos resultados han demostrado que contribuyen a mejorar la seguridad del paciente en cualquiera de sus dimensiones: mejora de la cultura de seguridad, reducción de los incidentes de seguridad y/o sus consecuencias, y disminución de los riesgos y/o factores que contribuyen a su aparición.

PAÍS VASCO

Experiencia de Gestión 1. Gestión de la seguridad del paciente en la organización sanitaria integrada- ARABA (OSIA).

Centro: OSI Araba

Contacto: M. Natalia Álvarez Morezuelas

Correo: marianatalia.alvarezmorezuelas@osakidetza.eus

Justificación: La gestión de incidentes basada en un sistema de notificación es una herramienta efectiva para lograr una asistencia sanitaria segura. Somos una de las organizaciones sanitarias de Osakidetza que más notifica, que cuenta con un bagaje desde el 2006 y que ha percibido la evolución positiva en este campo. La manera de gestionar los recursos destinados a la seguridad del paciente (SP) en la OSIA permite identificar las debilidades del sistema, la participación de los profesionales y garantizar la longevidad de los grupos de trabajo.

Objetivos: Describir las claves del éxito de la creación de una cultura de seguridad basada en un sistema de notificación corporativo y la gestión de incidentes.

Actuaciones realizadas: Hay un compromiso desde la Gerencia y el Equipo Directivo que se manifiesta con reuniones mensuales del Gerente con la Referente de Seguridad, convocatorias de la Comisión de Seguridad, en las que participan activamente las Direcciones Asistenciales, así como diversas especialidades y categorías profesionales. La Referente de SP cuenta con un equipo de 5 referentes, una a tiempo completo y 4 a tiempo parcial, de apoyo a la metodología de trabajo y que acompañan a los grupos de análisis de las unidades y servicios. Cualquier profesional de Osakidetza puede notificar un incidente de seguridad sin daño en la herramienta corporativa SNASP. Estos incidentes son analizados bien en los grupos de análisis o por el equipo de seguridad de la OSIA. La creación de estos grupos específicos se hace, bien por iniciativa propia de servicios o unidades, o por captación del equipo de referentes. Previa puesta en marcha de los grupos, se hace una formación en cultura de seguridad a todo el servicio/unidad y voluntariamente se presentan los participantes del grupo de análisis; se recomienda que sean multidisciplinares. En base a nuestra experiencia, los grupos que cuentan con participación de enfermería y medicina, además de con apoyo jerárquico, son más efectivos y tienen más probabilidad de éxito. Estos grupos analizan los incidentes, identifican las acciones de mejora y se implantan o se elevan a la figura correspondiente. Todas estas medidas son difundidas a través de los canales de comunicación disponibles (sesiones clínicas generales, boletines, intranet, mail, ...material multimedia). Este *feedback* favorece la asimilación de la cultura de seguridad en la práctica diaria. La OSI Araba es una organización que está creciendo en cultura de seguridad. El aumento del número de notificaciones, los grupos que se van creando en la OSI, así como de profesionales involucrados, nos hace pensar que esta teoría es cierta.

Evaluación:

	2018	2019	2020	2021	2022
Periodicidad media de los grupos (meses):	2.5	2	-	2	1.5
Número de actividades de sensibilización impartidas por la OSI	3	9	5	6	8
Número de grupos de seguridad activos	15	16	16	17	21
Número de grupos de seguridad nuevos	0	1	0	1	4
Tasa de notificación de incidentes sin daño x 100 profesionales	37.59	38.76	31.53	40.6	48.68
Nº de notificaciones (SNASP)	1252	1366	1122	1465	1790
% Incidentes analizados	33.71	58.49	38.77	64.37	51.62*
% Incidentes analizados con acc propuestas	99	97	100	99	95*

(*) Aún estamos analizando y cerrando.

Transferibilidad: Esta experiencia es transferible a cualquier organización sanitaria, si bien el éxito de la misma estará condicionada a la dotación de recursos para apoyarla que debería ser acorde a las dimensiones de la organización.

Experiencia de Gestión 2. Protocolo de recuento de esponjas quirúrgicas AKI

Centro: OSI Araba

Contacto: Nagore Martínez de Aguirre Barcina

Correo: nagore.martinezdeaguirrebarcina@osakidetza.eus

Justificación: La función de los grupos de seguridad es gestionar los incidentes de seguridad a partir de la notificación (no sólo de los incidentes sin daño para el paciente, sino también a partir los denominados eventos adversos) con el objetivo de aprender de lo que nos ocurre y disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder. A raíz de notificaciones relacionadas con contaje de gasas no correctos (unas 4 de media al año) y de un evento adverso por gasa retenida en paciente, surgió como acción de mejora este protocolo multidisciplinar. Se define esponja quirúrgica como aquel material blando que se utiliza para absorber sangre y líquidos, proteger tejidos. Dentro de esta definición se encuentran las gasas y compresas quirúrgicas, las lentinias, las torundas y los piñones. El protocolo quiere cambiar la práctica actual llena de variabilidad, añadiendo elementos menos subjetivos. Aunque el riesgo cero no existe, en el mercado ya existe diferente tecnología que ayuda a la tarea del recuento y a la detección de la gasa perdida. Valorando el coste/beneficio, en este protocolo multidisciplinar se presenta un sistema basado en las columnas portagasas. El objetivo es tener a la vista y de forma ordenada todas las esponjas que se han abierto para la intervención. De esta forma, una vez finalizado el caso y antes de que salga el paciente de quirófano, todos los bolsillos de los portagasas deben estar llenos (con las esponjas usadas y las que no) para que el contaje final sea correcto. Para una correcta implementación de este protocolo, las columnas portagasas deben acompañarse de pizarras de pared para un contaje operativo (y una forma de registrar estandarizada). Además, se ha de adecuar el uso del material blando quirúrgico (sin manipularlo) y restringir su uso al lecho quirúrgico.

Objetivos:

- Disminuir el número de esponjas retenidas en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas
- Disminuir las prácticas de riesgo adecuando el material blando que se utiliza y equipando a los quirófanos de las columnas portagasas y las pizarras de pared
- Utilizar un documento de registro de esponjas quirúrgicas apropiado y unificado
- Crear una comisión de seguimiento para analizar los casi-incidentes y los casos problemáticos

Actuaciones realizadas: Elaborar e implementar el protocolo de recuento de esponjas quirúrgicas (AKI) con acceso global desde la intranet. Es un protocolo multidisciplinar que implica al 100% de las especialidades quirúrgicas, a los referentes de seguridad y a las direcciones del hospital. Se diseñó una formación cuya población diana fueron las enfermeras, las TCAES, los celadores y las limpiadoras que trabajan en quirófano. Esta formación se realizó en noviembre de 2019, significó formación para un 93% de la plantilla de quirófano. En febrero de 2021, tras la parada por la pandemia, se implanta el protocolo con todo el material necesario en todos los quirófanos del HUA OSI ARABA, consiguiendo que se realice recuento de esponjas en el 100% de las especialidades con incisión quirúrgica. Se realiza una recogida de datos observacional que pone de manifiesto la falta de cumplimentación de varios puntos del protocolo. Junto con esto,

en septiembre acontece un nuevo oblitio (compresa retenida) en una cirugía urgente, por lo que se implantan medidas correctoras.

Evaluación:

1. Elaboración del protocolo.

Indicadores de estructura:

- Protocolo de recuento de esponjas quirúrgicas.
- Hoja específica de recuento para enfermería.
- Número de reuniones con equipos quirúrgicos, equipos médicos, equipos de enfermería, referentes de seguridad, segundas víctimas y direcciones del hospital para contrastar y consensuar el documento final.

Indicadores de resultados:

- Porcentaje de especialidades en las que se realiza recuento de esponjas en cirugías con incisión o herida y uso de esponjas: 100%.
- Número de esponjas retenidas: 2020 = 0, 2021 = 1 y 2022 = 0.

2. Materiales

Indicadores de estructura:

- Diseño del equipamiento para el manejo y monitorización de las gasas/compresas quirúrgicas (columnas portagasas).
- Porcentaje de quirófanos equipados con 2 columnas portagasas: 100%.
- Porcentaje de quirófanos equipados con pizarras de pared: 100%.
- Número de nuevos materiales solicitados: 7.
- Porcentaje de especialidades que precisan cambios en el material blando que utilizan para disminuir prácticas de riesgo: 100%.

Indicadores de resultados:

- Número de especialidades quirúrgicas que utilizan esponjas con marca radiopaca en todas sus intervenciones: 90%.
- Creación de la comisión para analizar los casi-incidentes y los casos problemáticos (si /no) No.

Transferibilidad: Dada la aceptación que esta iniciativa ha tenido en todas las especialidades quirúrgicas de nuestro hospital, creemos que este protocolo demuestra que se puede implantar en cualquier quirófano de cualquier hospital con el objetivo de disminuir un problema reconocido a nivel global: el riesgo de gasa o compresa retenida durante una cirugía. Como en nuestro caso, creemos fundamental el respaldo de las diferentes direcciones. Además, el material necesario está disponible en el mercado y el programa de formación es reproducible.

Experiencia de Gestión 3. Estrategia multimodal para invertir la tendencia de notificación, análisis y propuestas de actuación de los incidentes de seguridad del paciente tras la pandemia.

Centro: Hospital Universitario Cruces

Contacto: Mikel Latorre Guisasola

Correo: mikel.latorreguisasola@osakidetza.eus

Justificación: De manera similar a los resultados de estudios en otras comunidades, las notificaciones en la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces han disminuido de manera notable durante la pandemia por COVID-19 (años 2020 y 2021). Entre los años 2015 a 2017, el número de notificaciones crecía a un ritmo de 20 notificaciones anuales. En el bienio 2017 a 2019, el ritmo aumentó a más de 100 notificaciones al año, mientras que en el periodo comprendido entre 2019 y 2021 las notificaciones disminuyeron a un ritmo de más de 140 cada año. Con el fin de recuperar la tendencia anterior a la pandemia, en el segundo trimestre de 2022 se diseñó una estrategia multimodal que incluyó los siguientes elementos:

1. Implicación de los líderes de la organización: se asignaron funciones concretas para las direcciones asistenciales (médica y de enfermería, tanto hospitalarias como de Atención Primaria), responsables de seguridad del paciente (jefes y jefas de servicio y supervisoras del Hospital y unidades de Atención Primaria), y equipos de seguridad (profesionales responsables de análisis y propuesta de acciones de mejora en cada servicio/unidad).
2. Gestión de los incidentes: se diseñaron herramientas de monitorización de incidentes y vías de comunicación entre los responsables de seguridad y las direcciones asistenciales.
3. Cultura de seguridad: se realizan sesiones de formación *ad hoc* dirigidas a los líderes de la organización y a los equipos de seguridad con el objetivo de desarrollar una cultura de comunicación entre profesionales orientada al aprendizaje de los errores y circunstancias que ponen en riesgo la salud de los pacientes durante su paso por nuestra organización.

Objetivos: Diseñar una estrategia multimodal que permita recuperar la tendencia de notificación previa a la pandemia y mejorar los ratios de análisis y propuestas de mejora en la herramienta SNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje en Seguridad del Paciente) en los profesionales de la organización Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

Actuaciones realizadas: La estrategia diseñada incluyó los siguientes elementos: Estructura: 1-Se diseñó una aplicación dirigida a los responsables de seguridad que les permitiese monitorizar los incidentes (número, análisis y acciones) de sus equipos de seguridad. 2-Se diseñó otra aplicación para las direcciones asistenciales. Esta aplicación permite monitorizar la gestión de los incidentes de los servicios y unidades asignados a cada dirección, conocer la tipología de los incidentes notificados y los informes emitidos. Proceso: se asignaron funciones específicas para los equipos de seguridad (análisis de notificaciones y propuesta de acciones de mejora), para los responsables de seguridad (monitorizar la gestión de los incidentes de seguridad de su equipo y remitir un informe mensual a las direcciones asistenciales respectivas) y para las direcciones asistenciales (proporcionar retroalimentación periódica a los responsables de seguridad, conocer la tipología de los incidentes notificados y la remisión de informes mensuales de los responsables de seguridad).

Evaluación: Número de notificaciones: en el ejercicio 2021-2022 aumentaron de 592 a 1029 notificaciones, recuperando el ritmo de crecimiento del bienio 2017 a 2019. Análisis de incidentes: el porcentaje de incidentes analizados alcanzó un “pico” en 2019, con un 17%, que se mantuvo en el bienio 2019 a 2021. En 2022, el 28% de los incidentes tenían realizado un análisis en la herramienta. Propuesta de acciones de mejora: en 2019 se alcanzó el “pico” del porcentaje de propuestas de mejora en los incidentes analizados (88%). En 2022, este porcentaje ha sido del 81%. Informes mensuales: desde el inicio de la estrategia (junio – 2022), los responsables de seguridad han remitido 40 informes mensuales de seguridad (26% de los posibles). Los informes recogen un resumen cuantitativo de los incidentes notificados en su servicio/unidad y un resumen cualitativo de los problemas identificados, los factores contribuyentes y las acciones planificadas.

Transferibilidad: Es necesario revisar y diseñar estrategias para aumentar el compromiso de los profesionales en la notificación de acciones inseguras. Los parámetros que se deberían considerar incluyen la evidencia de estrategias efectivas, generalizables y sostenibles. Los elementos incluidos en la estrategia (supervisión de la dirección clínica (médica, de enfermería y de los servicios y unidades) y el análisis de los incidentes realizado por los equipos de profesionales clínicos familiarizados con el medio se proponen como prácticas efectivas y generalizables a otras organizaciones. El problema pendiente es la sostenibilidad.