

# **Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020**



## **Autores del documento**

### **Coordinación Técnica y Redacción**

Manuel Valledor Méndez y Sara Mérida Fernández. Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas.

### **Grupo Coordinador**

#### **Consejería de Sanidad**

**Dirección General de Salud Pública.**

**Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas.**

Manuel Valledor Méndez

Sara Mérida Fernández

Rafael Cofiño Fernández.

**Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias.**

**Servicio de Farmacia.**

Rosa M<sup>a</sup> Núñez Rodríguez-Arango.

**Servicio de Sistemas**

Luis M. Martínez Escotet

#### **SESPA**

**Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. Servicio de Calidad y Gestión Clínica.**

Carlos Díaz Vázquez

José M<sup>a</sup> Casado Viñas

#### **Grupo de Revisores Externos**

Abad Requejo, Pedro

Alonso Álvarez, Crisanto

Alonso Pérez, Fernando

Alonso Vigil, M<sup>a</sup> del Pilar

Álvarez Álvarez, Leopoldo

Álvarez Marcos, Cristina

Álvarez Pérez, José Antonio

Blanco González, José María

Calvo Pita, Cecilia

Chamorro Fernández, Cristina

Del Valle García, Margarita

Estrada Solís, Cristina Salomé

Fernández de Sanmamed, M<sup>a</sup> José

Fernández Flórez, Rosario

Fernández González, Bernabé

Fernández Mundet, Neus

Fernández Muñiz, Pablo

Fernández Muñoz, Paloma

Fernández Rodríguez, M. Carmen

Fueyo Gutiérrez, Alejandra

García Gala, José María

García García, José María

García González, M<sup>a</sup> Carmen

García Monteavaro, Camino

García Tardón, Susana

González Díaz, Elba

González Sánchez, Marta

Herce Álvarez, Pedro

Hernández Aguado, Ildelfonso

Huerta González, Ismael

Llanos García, M<sup>a</sup> Teresa

López Ruiz, Victoria

Lozano Blázquez, Ana

Manterola Conlledo, Ana

Martínez Ortega, Carmen

Martínez Suárez, Mar

Mata Peón, Esther

Medina Rodríguez, Jesús

Moreno Calvo, Francisco Antonio

Midón Martínez, Laura

Miguel Redondo, Ángel

Nicieza García, M<sup>a</sup> Luisa

Noriega López, Covadonga

Olmo Yañez, Teresa

Pérez-Peña del Llano, María

Pisano González, Marta

Puente Martínez, Perpetua

Riaño Galán, Isolina

Rigueira García, Ana Isabel

Rilla Villar, Natalia

Rodríguez Nachón, María Jesús

García Rogada, Ana Isabel

Rubiera López, Gerardo

Sáiz García, M. Gabriela

Sánchez Fernández, Ana M<sup>a</sup>

Suárez Alonso, Begoña

Suárez López, María del Pilar

Suárez Mier, M<sup>a</sup> Belén

Urruchi Campo, Aranzazu

Varela Aller, Noelia

Vargas Pabón, Manuel

Vázquez Valdés, Fernando

Velasco González, Carmen Teresa

Verano García, Julia

Villafaina Barroso, Antonio

Villamil Díaz, Marta Isabel

#### **Edita**

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Junio de 2015.

DL: AS 02766-2015

**Diseño y maquetación:** Luis Miguel López Saldaña.

## LISTADO DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

**AHRQ:** Agency for Healthcare Research and Quality's.

**AMBEAS-OPS/OMS:** Estudio de Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de Atención Ambulatoria en Latinoamérica - Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud.

**AMM:** Áreas de monitorización para la mejora.

**AP:** Atención Primaria.

**APEAS:** Estudio sobre Efectos Adversos en Atención Primaria.

**BZ:** Bacteriemia Zero.

**CDC:** Centers for Disease Control and Prevention (EEUU).

**CIP/ASTU:** Código de Identificación Personal del Sistema nacional de Salud/Asturias.

**CVC:** Catéter Venoso Central.

**EA:** Evento Adverso.

**EAM:** Eventos Adversos relacionados con la Medicación.

**EAPAS:** Estudio sobre Eventos Adversos en Atención Primaria.

**EARCAS:** Estudio sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios.

**ECDC:** European Centre for Disease Prevention and Control.

**EEUU:** Estados Unidos.

**EFQM:** European Foundation for Quality Management,

**EIR:** Enfermero Interno Residente.

**ENEAS:** Estudio Nacional de Eventos Adversos.

**ENVIN-HELICS:** Estudio Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial en las Unidades de Cuidados Intensivos-Hospital in Europe Link for Infection Control trough Surveillance.

**EPINE:** Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España.

**ERA:** Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias.

**EUNetPaS:** European Network for Patient Safety.

**EVADUR:** Estudio sobre Eventos Adversos en Urgencias.

**FIR:** Farmacéutico Interno Residente.

**HSOPSC:** Hospital Survey On Patient Safety Culture.

**IBEAS:** Estudio de prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica.

**INCLIMECC:** Indicadores Clínicos de Mejora Continua de la Calidad.

**INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud.

**IOM:** Institute of Medicine (EEUU).

**IRAS:** Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.

**ISMP:** Institute for Safe Medication Practices.

**ISO:** Organización Internacional para la Estandarización.

**LVQ:** Listado de Verificación Quirúrgica.

**LVSQ:** Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica.

**MAR:** Medicación de alto riesgo

**MIR:** Médico Interno Residente.

**MISAP:** Metas Internacionales de Seguridad del paciente en Atención Primaria.

**MOSPS:** Medical Office Survey on Patient Safety.

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**NHC:** Número de Historia Clínica.

**NHS:** National Health Service (England).

**NICE:** National Institute for health and Care Excellence (United Kingdom).

**NZ:** Neumonía Zero.

**OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PaSQ:** Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ Joint Action-JA).

**PBA:** Producto de Base Alcohólica.

**PCAIS:** Programas Clave de Atención Interdisciplinar.

**PIR:** Psicólogo Interno Residente.

**PROA:** Programas de Optimización de Antimicrobianos.

**QAHCS:** the Quality in Australian Health Care Study.

**RAM:** Reacciones Adversas a Medicamentos.

**RCP:** Reanimación CardioPulmonar.

**RN:** Recién Nacido.

**RSNA:** Radiological Society of North America.

**RZ:** Resistencia Zero.

**SAC:** Severity Assessment Code.

**SAMU:** Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias de Asturias.

**SENECA:** Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS.

**SERAM:** Sociedad Española de Radiología Médica.

**SESPA:** Servicio de Salud del Principado de Asturias.

**SGSP:** Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente.

**SINASP:** Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.

**SINOC-DAIME:** Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad- Documentado Aprobado Implantado Monitorizado Evaluado.

**SP:** Seguridad del Paciente.

**STOPP/START:** Screening Tool of older Persons's Potentially inappropriate/ Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment.

**SU:** Sonda Urinaria.

**SYREC:** Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico (Estudio de incidentes y eventos adversos en medicina intensiva).

**TEP:** Trombo Embolismo Pulmonar.

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos.

**UE:** Unión Europea.

**UFGR:** Unidad Funcional de Gestión de Riesgos.

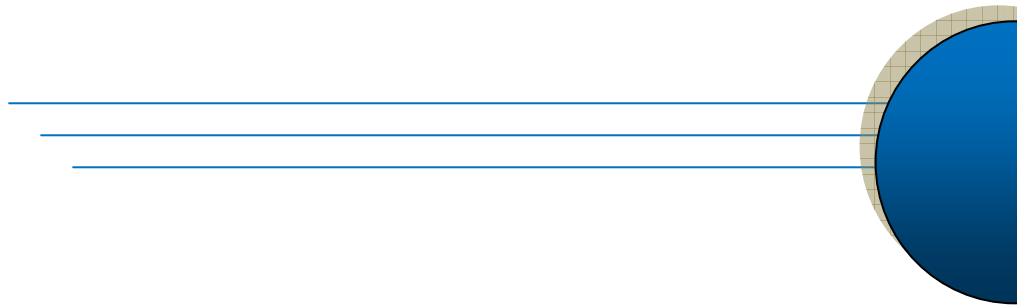
**UPP:** Úlceras Por Presión.

**VM:** Ventilación Mecánica.

## ÍNDICE

1. PRÓLOGO .....	7
2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL.....	11
3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN .....	29
4. LÍNEAS DE TRABAJO CORPORATIVAS, MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVO .....	33
Línea de trabajo 1: Organización y Liderazgo.....	37
Línea de trabajo 2: Cultura de Seguridad .....	42
Línea de trabajo 3: Participación del paciente .....	49
Línea de trabajo 4: Gestión de la información clínica .....	55
Línea de trabajo 5. Entorno seguro .....	59
Línea de trabajo 6. Prácticas clínicas seguras .....	65
A. Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos y entre estos y su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas. ....	68
B. Adecuación de la asistencia al paciente vulnerable.....	70
C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados. ....	72
D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes. ....	75
E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos. ....	79
F. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo. ....	82
G. Optimizar el uso de los procedimientos con radiaciones ionizantes. ....	84
H. Seguridad transfusional.....	87
I. Disminuir variabilidad clínica e intervenciones innecesarias. ....	89
Línea de trabajo 7. Gestión de riesgos .....	91
5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASTURIAS.....	97
6. GLOSARIO .....	105
7. BIBLIOGRAFÍA .....	137

## 1. PRÓLOGO







## 1. Prólogo

El objetivo general de esta estrategia es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios de Asturias, tomando en consideración el principio “primum non nocere” (ante todo, no causar daño), que identifica nuestros centros como centros de salud, de buenas prácticas sanitarias.

La “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, puesta en marcha por la Organización Mundial de la Salud hace poco más de 10 años, con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, se concibió como el medio más adecuado para propiciar la colaboración internacional y la acción conjunta de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, expertos, grupos de profesionales, usuarios y la industria, a favor de un alto grado de seguridad en la asistencia sanitaria.

Destaca en este proceso la importancia internacional que se debe dar a la seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, que ha adquirido una enorme relevancia tanto para los pacientes como para sus familias, quienes deben sentirse seguros y confiados en los servicios sanitarios recibidos, pero también para los gestores y profesionales que también tienen que ofrecer esa asistencia sanitaria de forma segura, efectiva y eficiente.

La razón fundamental que impulsa este documento es la creciente complejidad que alcanza el manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores profesionales y factores relacionados con la enfermedad. Evitar los daños personales que se pueden ocasionar en el ámbito sanitario y reducir el coste que suponen para el sistema sanitario los errores, determinan las estrategias para desarrollar planes, acciones y medidas de todo tipo, legislativas también, que permitan controlar aquellos eventos adversos evitables en la práctica profesional.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, también ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como un elemento clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se viene desarrollando desde el año 2005 en coordinación con todas las Comunidades Autónomas.

En Asturias, hemos procurado siempre conseguir un significativo grado de atención a la calidad y la seguridad de las prestaciones sanitarias. Sin embargo, el incremento de la complejidad de los procedimientos y la legítima aspiración de los ciudadanos que demandan mayor calidad, nos compromete con la búsqueda del máximo nivel de seguridad en los servicios sanitarios.

El Gobierno de Asturias quiere establecer un compromiso explícito con la seguridad, haciendo de esta estrategia una de sus máximas prioridades. La promoción de la seguridad del paciente tiene que ocupar un lugar destacado en las políticas de la Consejería de Sanidad. Por ello, este documento señala algunos de los principales objetivos de nuestro trabajo de futuro. En él se encuentran recogidas las diferentes líneas de acción y proyectos corporativos, que involucran al conjunto de la organización en un horizonte de progreso.

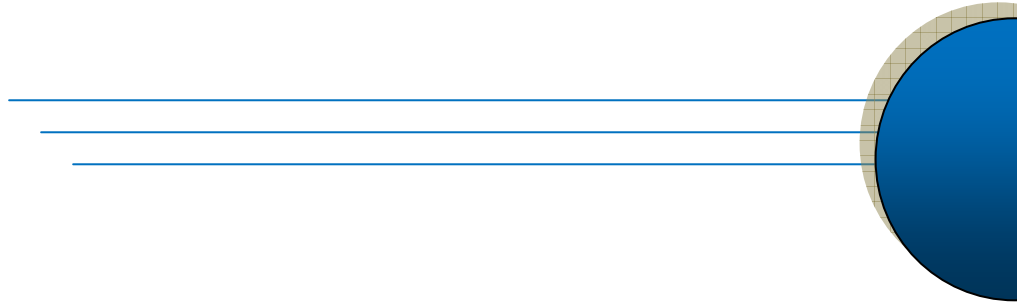
Espero que este trabajo, riguroso y técnicamente consensuado, sirva al conjunto de los profesionales como un instrumento útil para la mejora continua en el servicio público, pues ellos son, en definitiva, los que, cuando se sienten involucrados en la gestión de riesgos, mejor consiguen garantizar la seguridad en la asistencia sanitaria de los ciudadanos.

Faustino Blanco González

**Consejero de Sanidad**



## 2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL





## 2. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL.

### Ámbito internacional

La seguridad del paciente no es algo nuevo, pero adquirió importancia creciente a partir del estudio “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro” (1), publicado en 1999 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM), que afirmaba que entre 44.000 y 98.000 personas fallecen cada año en los hospitales estadounidenses como consecuencia de fallos que podrían evitarse.

Posteriormente, muchos estudios(2–10) han analizado el impacto y frecuencia de los efectos adversos asociados a la atención sanitaria, confirmando la importancia de los mismos. En la tabla 1 se muestran los más representativos a nivel internacional:

	Autor y año	Nº hospitales	Nº pacientes	% eventos adversos	% evitables
EE.UU – Harvard(2)	Brennan 1984	51	30.195	3,8	27,6
EE.UU – UTAH(3)	Thomas 1992	28	14.565	2,9	27,4 - 32,6
Australia-QAHCS(4)	Wilson 1992	28	14.179	16,6	51,2
Reino Unido(5)	Vincent 1999	2	1.014	11,7	48,0
Dinamarca(6)	Schioler 2002	17	1.097	9	40,4
Nueva Zelanda(7)	Davis 1998	13	6.579	11,3	37
Canadá(8)	Baker 2002	20	3.720	7,5	36,9
Holanda(9)	Zegers 2009	21	7.926	5,7	39,9
IBEAS(10)	MSPS 2009	58	11.555	10,5	60

La frecuencia de eventos adversos observada va del 2,9 al 16,6 %, esto se explica por la diferente metodología y distintos objetivos planteados. Se consideraron evitables una media de más del 41% (27,4% – 60%).

A modo de resumen, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó los siguientes datos relativos a la seguridad del paciente en países desarrollados(11):

- La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo.
- Uno de cada 10 pacientes sufrirá algún tipo de daño durante la hospitalización y 1 de cada 300 por la atención médica en general.
- Las infecciones hospitalarias afectan a 7 de cada 100 pacientes ingresados.
- La atención quirúrgica conlleva un alto riesgo de complicaciones que se minimiza con el trabajo en equipo.
- Hasta el 50% de los daños pueden ser evitados con medidas sencillas.

- El papel del paciente en su seguridad (empoderamiento) y el intercambio de experiencias entre centros son fundamentales en la mejora de la seguridad del paciente.
- Entre el 20-40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente (infecciones, litigios, prolongación de estancias, discapacidades, etc.).

En 2008, de Vries et al llevaron a cabo una revisión sistemática, concluyendo que un 9,2 % de los pacientes hospitalizados se ven afectados por un evento adverso de los cuales son prevenibles un 43,2%(12). En la Unión Europea las cifras son similares (8%-12% de los pacientes ingresados)(13). Ante la gravedad del problema, la seguridad del paciente adquirió carácter estratégico, por lo que distintas organizaciones interesadas en el tema (OMS, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], Comisión Europea, Consejo de Europa, etc.) y muchos países, promovieron iniciativas para hacer frente a los eventos adversos (EA) asociados a la atención sanitaria. Las más influyentes en nuestro entorno figuran en la siguiente tabla:

Tabla 2. Iniciativas para hacer frente a los EA asociados a la atención sanitaria	
Organismo	Iniciativas
EE.UU	En 1999, se publica “to err is human” que pone de manifiesto la gravedad del problema y sirve de orientación en el desarrollo de las políticas de calidad y seguridad del paciente(1).
Reino Unido	En el año 2000, se publica “An organization with a memory”(14) que pone en marcha estrategias de seguridad en el Reino Unido. En 2004, “Seven Steps to Patient Safety”(15) que propone 7 pasos para conseguir organizaciones sanitarias más seguras. En 2008 y 2009 se publicaron para salud mental y atención primaria.
OMS	En 2004, se crea la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” cuyos retos dirigidos a prevenir riesgos relevantes para los países de la OMS so: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Una atención limpia es una atención más segura, con el fin de mejorar la higiene de manos en la prevención de las IRAS(16).</li> <li>•Cirugía segura salva vidas, elaborando el listado de verificación quirúrgica (LVQ) como herramienta para mejorar la seguridad quirúrgica(17).</li> <li>•Lucha contra las resistencias microbianas(18,19).</li> </ul> Programas y acciones principales: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Pacientes por la Seguridad del Paciente, dirigidas a favorecer la participación de pacientes en su seguridad(20).</li> <li>•Promover la existencia de sistemas de notificación y aprendizaje(21).</li> <li>•Promover el conocimiento y taxonomía de los EA(22,23).</li> <li>•Promoción de prácticas clínicas seguras: Proyecto High 5S y "Nueve soluciones para la seguridad del paciente", a fin de salvar vidas y evitar daños (2007)(24,25).</li> <li>•Promoción del estudio IBEAS, prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. (2010)(10).</li> <li>•Recomendaciones prioritarias para mejorar la seguridad del paciente en atención primaria (2012)(26).</li> </ul>
OCDE	En 2007, se crea un subgrupo para la elaboración de indicadores homogéneos que permitan la evaluación y comparación entre países(27,28).
Consejo de Europa	En 2006, en la declaración de Varsovia se recomendaba promover la cultura de seguridad del paciente, con un enfoque sistémico, establecer sistemas de notificación de incidentes e implicar a los pacientes en la mejora de la seguridad(29).

	<p>Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que, en lo relativo a la calidad y seguridad del paciente, establece que los países miembros deben de esforzarse en mejorar los estándares de calidad y seguridad y proporcionar información sobre la calidad y la seguridad de la asistencia que prestan.</p>
Comisión europea	<p>Ha desarrollado varias acciones con el fin de ofrecer una atención sanitaria más segura y ayudar a los países miembros a alcanzarla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación en 2004 del “Working Patient Safety Group”, con representantes de todos los países de la Unión Europea (UE) y otras organizaciones. Establece recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad del paciente situándola en el centro de las políticas sanitarias(30).</li> <li>• Declaración de Luxemburgo con recomendaciones sobre seguridad del paciente a nivel local, nacional y de la UE(31).</li> <li>• Proyecto EUNetPaS para el intercambio de experiencias y conocimiento en seguridad del paciente (2008-2010)(32).</li> <li>• Recomendación sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009)(33,34).</li> <li>• European Union Network for Patient Safety and Quality of Care, PaSQ Joint Action (2012). Su finalidad es mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención a través de la implementación de buenas prácticas y del intercambio de información y experiencias entre países europeos(35).</li> <li>• Redes europeas de referencia dirigidas a mejorar el manejo de patologías raras y de alta complejidad(36,37).</li> <li>• Conclusiones del Consejo de la Unión Europea sobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial (2014)(38).</li> </ul>
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	<p>En colaboración con la OMS y la participación de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo y el Ministerio de Sanidad español.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente (2007)(39).</li> <li>• Estudio IBEAS de prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica (2010)(10).</li> <li>• Estudio AMBEAS - OPS/OMS, eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica(40).</li> <li>• Sistemas de notificación de incidentes en América Latina (2013)(41).</li> </ul>

Los esfuerzos en seguridad del paciente (SP) a nivel internacional, los podemos agrupar en las líneas estratégicas que siguen:

- a) **Cultura de seguridad** (evaluar el clima de seguridad, formación, trabajo en equipo, factor organizacional y factor humano).
- b) **Prácticas clínica seguras**, que incluyen intervenciones dirigidas a prevenir daño innecesario y, aunque varían dependiendo del organismo que las haga, todas contemplan la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, identificación de pacientes, cirugía segura, uso seguro de medicamentos y cuidados seguros.
- c) **Sistemas de notificación de incidentes.**
- d) **Participación de pacientes y familiares.**

## Ámbito nacional

En nuestro país, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece en el capítulo VI, artículo 59 punto 1: “la mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas” y en el punto 2 sobre la infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud dice que estará constituida por los elementos siguientes:

- a) Normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben guiar a los centros y servicios sanitarios para poder realizar una actividad sanitaria de forma segura.
- b) Indicadores.
- c) Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial.
- d) Registro de buenas prácticas, que recogerá información sobre aquellas prácticas que ofrezcan una innovación o una forma de prestar un servicio mejor al actual.
- e) Registro de eventos adversos, que recogerá información sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema potencial de seguridad para el paciente.

El artículo 62 establece, que el “Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas, fomentarán la evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios, mediante auditorías por parte de instituciones públicas o empresas privadas, que garanticen una evaluación independiente”.

En cumplimiento del artículo 61 de dicha ley, se crea la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad que en colaboración con las comunidades autónomas, los centros sanitarios, instituciones académicas y otras organizaciones puso en marcha en 2005, la Estrategia en Seguridad del Paciente en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de esta estrategia, se realizaron varios estudios para evaluar la frecuencia e impacto de los eventos adversos en diversos ámbitos sanitarios(42–46). En la tabla 3 se muestran en resumen sus características y principales resultados.

También se han realizado estudios para evaluar el impacto económico de la no seguridad en la asistencia sanitaria. Estos evidencian que la no seguridad supone un elevado coste, con capacidad potencial de comprometer el presupuesto sanitario(47–49).

El Ministerio de Sanidad promovió asimismo estudios para conocer la cultura de SP en diversos ámbitos sanitarios(50,51). A nivel hospitalario los profesionales consideraban la seguridad como aceptable y reconocían debilidades en cuanto a “dotación de personal”, “trabajo en equipo entre unidades o servicios”, “percepción de seguridad” y “apoyo de la Gerencia en la seguridad del paciente”. En atención primaria la percepción de los profesionales es positiva de forma generalizada, y mejor que la de otros países que han desarrollado estudios similares.



Tabla 3. Estudios nacionales sobre eventos adversos						
Estudio	Año recogida datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total % pacientes	EA más frecuentes	% EA prevenibles
ENEAS (42)	2005	Cohortes históricas	24 Hospitales	9,3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación (37,4%)</li> <li>• IRAS (25,3%)</li> <li>• Procedimientos (25%)</li> </ul>	50%
APEAS (43)	2007	Prevalencia	48 Centros AP	10,11%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación (47,8%)</li> <li>• Peor curso evolutivo de la enfermedad base (19,9%)</li> <li>• Procedimientos (10,6%)</li> </ul>	70%
EARCAS (44)	2010 2011	Cualitativo	Residencias y centros socio-sanitarios	--	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados</li> <li>• Medicación</li> <li>• IRAS</li> </ul>	---
SYREC (45)	2007	Cohortes prospectivo	79 UCI 76 Hospitales	33,1%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados (26%)</li> <li>• IRAS (24%)</li> <li>• Medicación (12%)</li> </ul>	60%
EVADUR (46)	2009	Prospectivo	21 Servicios de Urgencias	7,2%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso atención (46,2%)</li> <li>• Medicación (24,1%)</li> <li>• Procedimientos (11,7%)</li> </ul>	70%

El despliegue de la estrategia en seguridad del paciente ha permitido el desarrollo de numerosas acciones durante el periodo 2005-2013:

Se formó un número importante de profesionales en seguridad del paciente y se creó un portal <http://www.seguridaddelpaciente.es/> con recursos formativos, experiencias e informes de diversa índole.

Se promovió la instauración de prácticas seguras:

- Uso seguro de medicamentos: se publicó el documento “Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos”(52) mediante la adaptación del “Medication Safety Self-Assessment for Hospitals”(53) con elaboración de plan de mejora subsiguiente. En 2007, se evaluó el nivel basal de los hospitales españoles repitiéndose el estudio en 2011, objetivando que se habían alcanzado mejoras en la implantación de prácticas seguras en los sistemas de utilización de los medicamentos(54,55). Asimismo se elaboró una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos(56).
- Infección relacionada con la asistencia sanitaria:
  - Promoción de sistemas de vigilancia tanto de prevalencia (EPINE)(57), ENVIN-HELICS(58) como de incidencia (Infección de herida quirúrgica, IMCLIMECC) de microorganismos multirresistentes y consumo de antimicrobianos.
  - Fomento del programa de higiene de manos.
  - Impulso a la implantación de programas en pacientes críticos (bacteriemia zero, neumonía zero), cirugía segura (listado de verificación quirúrgica), cuidados seguros y programas de optimización de antimicrobianos (PROA).

Se patrocinó el desarrollo del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) y se ha puesto a disposición de aquellas comunidades autónomas que decidieron adoptarlo(59).

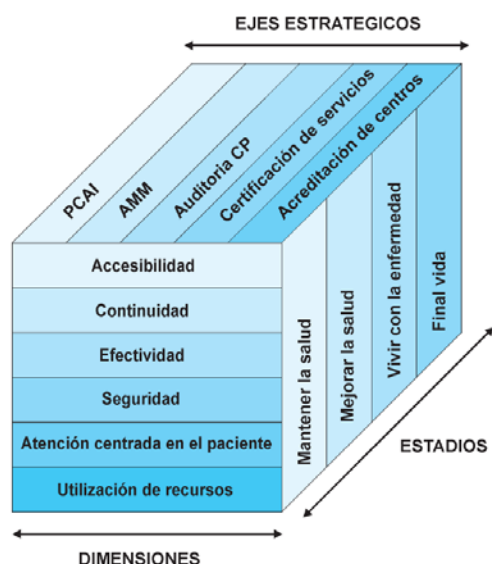
Se fomentó la participación de los pacientes y ciudadanos, organizando el taller/panel de expertos “los pacientes por la seguridad de los pacientes” y la posterior publicación del documento “la perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente”(60). Esto fue el

punto de partida para la edición del “manifiesto de pacientes y ciudadanos por la seguridad del paciente” y la red de ciudadanos formadores.

También se promovió la investigación en seguridad del paciente con el fin de aumentar la publicación de artículos sobre seguridad del paciente en revistas nacionales e internacionales.

## Principado de Asturias

En Asturias, aunque ya se habían trasladado a los centros sanitarios algunas iniciativas desde el



INSALUD, no fue hasta después de las transferencias en materia de sanidad cuando la Consejería de Sanidad elabora y presenta en septiembre de 2003 las “Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007”(61), como expresión de un compromiso firme con la calidad y elemento estratégico dentro de la organización.

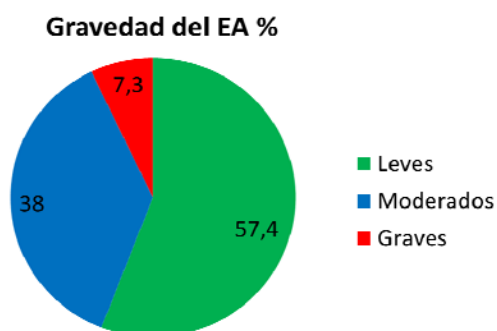
Como se muestra en la figura, la seguridad formaba parte de las dimensiones priorizadas y se definía como el “grado en que las organizaciones conocen, prevén y se preparan para evitar riesgos innecesarios para el paciente, ofreciendo entornos exentos de peligro (seguridad estructural y seguridad clínica)”.

Dentro de las actividades desarrolladas, Asturias participó en el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización)(42) y realizó el estudio EAPAS (estudio de los efectos adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias)(62), relativos a eventos adversos en hospitalización. En la tabla 4 se resumen los datos del estudio EAPAS comparándolos con el estudio ENEAS:

	ENEAS N=5.624		EAPAS N=2074	
	Prevalencia	Evitables	Prevalencia	Evitables
	8,4%	42,8%	8,1%	51,7%
<b>Naturaleza del EA</b>	<b>% del Total</b>	<b>Evitables</b>	<b>% del Total</b>	<b>Evitables</b>
Relacionados con un procedimiento.	25	31,7	33,3	46,3
Relacionados con la infección nosocomial.	25,3	56,6	22,9	56,5
Relacionados con la medicación.	37,4	34,8	18,9	31,6
Relacionados con los cuidados.	7,6	56,0	10,4	38,1
Relacionados con el diagnóstico.	2,7	84,2	10	90
Otros.	1,8	33,3	4,5	100

También participó en el estudio APEAS sobre eventos adversos en atención primaria(43):

Tabla 5. Resumen resultados APEAS			
Prevalencia			
Sucesos adversos	18.63 ‰	Incidentes	7.45 ‰
		Efectos adversos/consulta	11.18 ‰
		Efecto adversos/paciente	10.11 ‰



**Efecto adverso Grave:** Ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.

**Efecto adverso Moderado:** Si ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día o si precisa atención en urgencias o consulta con especialista.

**Efecto adverso Leve:** Lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior

Igualmente, Asturias participó en el proyecto SENECA(63) (Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud español), dirigido a cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. Este estudio se desarrolló en 2008 en un conjunto de hospitales españoles, entre los que participó el Hospital de Cabueñes. El estudio constó de 3 fases:

- Fase I: Diseñar un modelo de calidad de cuidados para la SP en los hospitales, basado en el modelo EFQM.
- Fase II: Evaluar su validez, fiabilidad y viabilidad.
- Fase III: Conocer el grado de cumplimiento de estos estándares en una muestra representativa de hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En el año 2010-2011 se realizó el Estudio Séneca Ampliado en Asturias, desarrollando la fase III en todos los hospitales de la red pública de Asturias y en 2 hospitales concertados. Se valoraron los 100 estándares relacionados con la seguridad de los cuidados prestados a los pacientes durante la atención hospitalaria, a través de una evaluación interna, otra externa y unas encuestas de opinión a 815 profesionales y 796 pacientes. Sus conclusiones permitieron la implementación de mejoras a nivel local.

También se participó en el estudio sobre Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS)(44), referido a eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios.

Con relación a la formación en seguridad del paciente, desde la Consejería de Sanidad y dentro del plan de formación continuada, se llevaron a cabo varias actividades tanto presenciales como de teleformación dirigidas a los profesionales de los distintos estamentos. Asimismo 6 personas cursaron el máster en seguridad del paciente organizado por la Universidad de Murcia, y patrocinado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con la Consejería de Sanidad.

Desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), a partir del año 2013, se realiza una actividad formativa de 12 horas dentro de la formación MIR y EIR con contenidos en seguridad del paciente y calidad asistencial. Se colabora con las áreas sanitarias en la formación

en calidad y seguridad del paciente, cuando éstas lo requieren. También se lleva a cabo formación a distancia: en 2014 se impartieron los cursos “Fundamentos de la gestión de la calidad basado en la Norma ISO 9001:2008”, que formó a 981 profesionales, y también “Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria”, que formó a 1150 profesionales, ambos actualizados para su 2ª edición en 2015. En el 2015 se amplía esta oferta formativa a un nuevo curso sobre “Higiene de manos” de 30 horas de formación.

Seguidamente se resumen las áreas de mejora de seguridad del paciente en las que se está trabajando en Asturias:

### **1. Mejorar la seguridad quirúrgica**

Implementación de prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo “listado de verificación”(64). Actualmente implantado en todos los hospitales de la red SESPA.

Se ha realizado una evaluación en 3 hospitales, en relación a nuestra participación en la Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial (PaSQ), con los siguientes resultados: índice de cobertura >95% en pacientes ingresados y del 89% en cirugía mayor ambulatoria, con una mortalidad perioperatoria de 0,86% en pacientes programados.

### **2. Uso seguro de los medicamentos**

- En 2005 se elaboró e implantó el “Manual para el Manejo Seguro de Metotrexato en Atención Primaria”. Desde entonces, existen kits-antiderrame de citostáticos en todos los centros de salud de Asturias, para ser usados en caso de exposición durante la manipulación/administración de los mismos.
- Participación en la Red Europea de Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial (PaSQ) con proyectos de conciliación de la medicación. Se trata de estudios puntuales, sin continuidad en la práctica clínica. En los pacientes estudiados se observó un índice de discrepancias alrededor del 60%.
- Fomento de la declaración de reacciones adversas a farmacovigilancia, teniendo actualmente una tasa de notificación superior al 1,5 ‰, con preponderancia clara de atención primaria en el número de dichas notificaciones.
- Seguimiento de pacientes polimedicados. Con objeto de normalizar y disminuir la variabilidad en el abordaje del paciente polimedicado, en el año 2011, se desarrolló un protocolo clínico de atención al paciente polimedicado que se trasladó a la historia clínica electrónica de atención primaria y sigue vigente en el momento actual. También se trabajó en criterios para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas (criterios STOPP/STAR, Beers y PRISCUS) con fin de facilitar la conciliación y revisión de la medicación(65–67). En 2014 había en Asturias 17.098 pacientes polimedicados, definidos estos, como aquellos que tenían prescritos 10 o más principios activos durante al menos 6 meses. Esto representa 1,6% de la población asturiana y 6,7% de los mayores de 65 años. El porcentaje de pacientes revisados alcanzó al 12,3%.

### **3. Identificación inequívoca del paciente y recién nacido**

En 2005, se elaboró un plan autonómico de identificación inequívoca de pacientes y recién nacido (RN). En la actualidad todas las áreas tienen implantado un protocolo de identificación. La evaluación realizada en un hospital de la red SESPA de 400 camas durante el año 2014, presentaba una identificación adecuada de pacientes ingresados mayor del 85%, que llegaba al 100% en el caso del RN.

#### 4. Mejorar la seguridad de los cuidados

Además de los ya clásicos úlceras por presión y caídas, se añadieron otros como contención mecánica, flebitis periféricas y contaminación de hemocultivos (HC). Los registros existentes son locales, lo que dificulta su evaluación global. La evaluación llevada a cabo en el hospital mencionado anteriormente muestra que se declararon 123 caídas (un 47% de ellas con lesión), 4,61% de úlceras por presión, un 2,5% de hemocultivos contaminados y 946 flebitis.

#### 5. Gestión de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

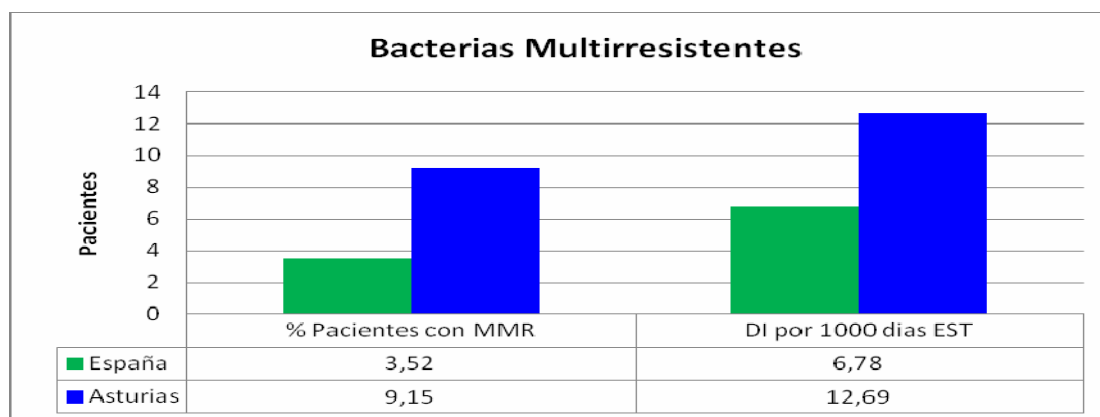
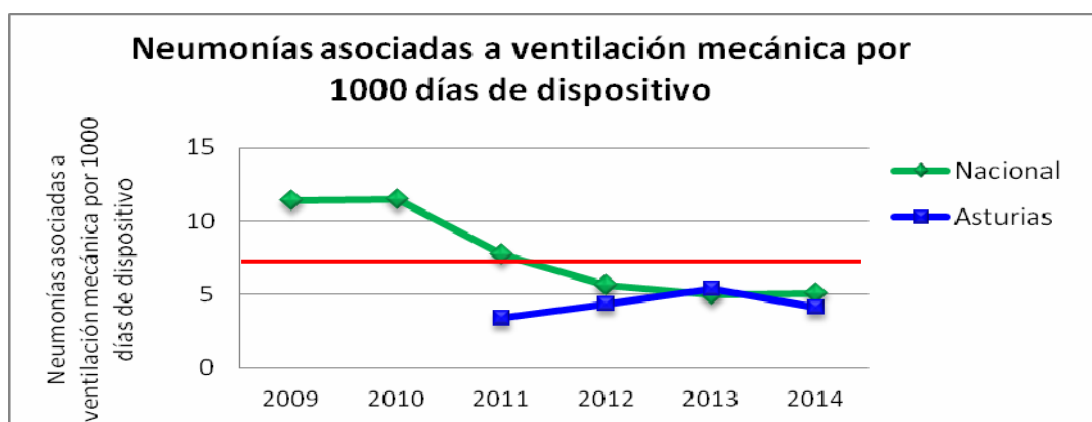
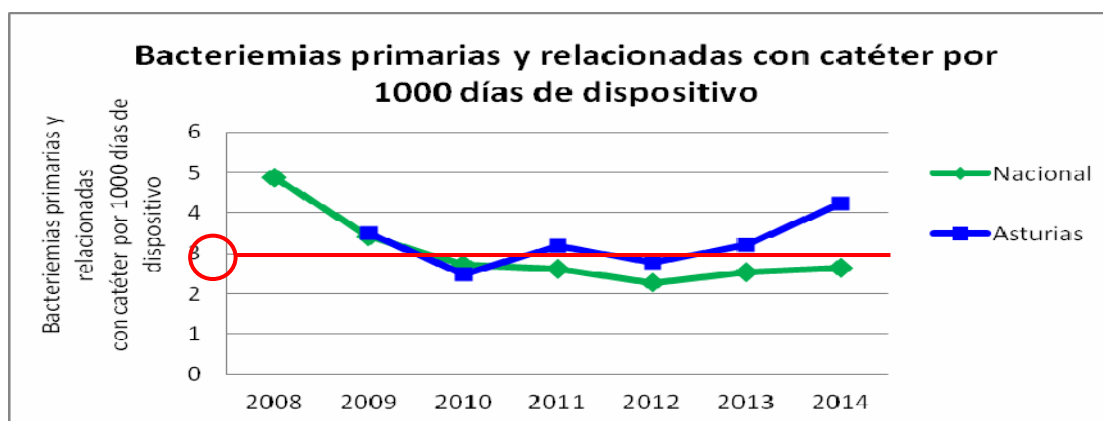
Se participa en los siguientes proyectos:

- **Higiene de manos:** se crea un grupo autonómico para la implementación del “Plan Autonómico de Higiene de Manos”(68) elaborado en 2011. Este grupo es el encargado de dinamizar dicho plan y evaluarlo anualmente. También organiza las actividades a realizar el día mundial de higiene de manos que se celebra todos los años el 5 de mayo(69). En el año 2009, se implementó la política para la implantación de una técnica correcta del “lavado de manos y uso de guantes” en los centros de atención primaria del SESPA. Se miden los siguientes indicadores:

Tabla 6. Indicadores programa higiene de manos		
Indicador (datos 2013)	Asturias (%)	España (%)
1. % de camas con PBA en la habitación.	67,3	89,5%
2. % de camas de UCI con PBA en el punto de atención	100	97,2
3. % de centros de AP con PBA envases bolsillo para atención domiciliaria.	64,2	65,9
4. % de hospitales que han realizado actividades formativas.	100	91
5. Nº de centros de AP que han que realizado actividades formativas.	52,1	44
6. Consumo de PBA en hospitalización.	19,7 ‰	20 ‰
7. % de camas con PBA en el punto de atención.	59,8	66,7
8. % de hospitales que han realizado observación del cumplimiento de los 5 momentos (o de alguno de ellos), según los	18,2	57,1
9. % de hospitales que han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS.	18,2	54,5
10. % de hospitales que han realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS.	81,8	83

- En 2011, se publicó el “Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias”(70), asimismo se elaboró e implantó la guía técnica para atención primaria “Limpieza, desinfección y esterilización”(71).
- **Participación en el estudio EPINE(57).** Participan todos los hospitales de la red SESPA. En 2014 la prevalencia de infección nosocomial en Asturias fue del 8,7% (en España del 7,6%).

- Participación en el estudio ENVIN-HELICS y los proyectos zero(58).** Las unidades de críticos de los hospitales de la red SESPA participan actualmente en el registro del estudio ENVIN-HELICS. Asimismo, todas ellas han implementado las recomendaciones de los denominados proyectos zero derivados de dicho registro: Bacteriemia Zero (BZ), Neumonía Zero (NZ) y Resistencia Zero (RZ). Estos proyectos van dirigidos a disminuir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y las resistencias bacterianas en los servicios de medicina intensiva. Existe un grupo autonómico coordinado por la Consejería de Sanidad que se responsabiliza de dinamizar los proyectos. A nivel de las unidades de críticos existe un responsable médico y otro de enfermería, que son los encargados de implantar los paquetes de medidas recomendadas y de registrar los datos que permiten medir y evaluar los resultados; a continuación se muestra la evolución de alguno de ellos:



MMR: microorganismos multirresistentes. DI: densidad de incidencia por 1000 días de estancia

## 6. Uso seguro de hemoderivados

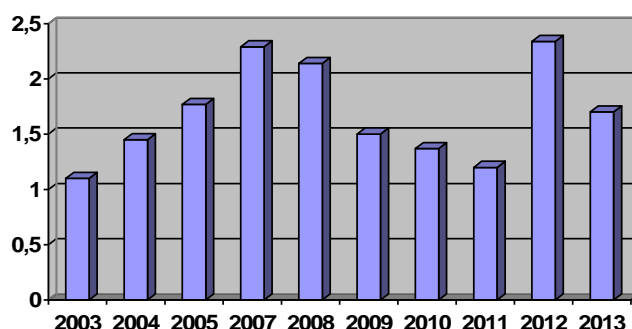
En 2006, se crea el registro de incidentes relacionados con la donación/transfusión y el grupo de trabajo que lo gestiona, el cual forma parte de la Red Nacional de Hemovigilancia(72–74). Se realizan reuniones periódicas del grupo, con el fin de hacer seguimiento y evaluación de los incidentes notificados, y se organizan las jornadas de medicina transfusional con una periodicidad anual. En estas reuniones, además de temas propios de la especialidad, se presenta el informe anual de los incidentes notificados.

**Tabla 7. Datos del informe de Hemovigilancia de Asturias 2014:**

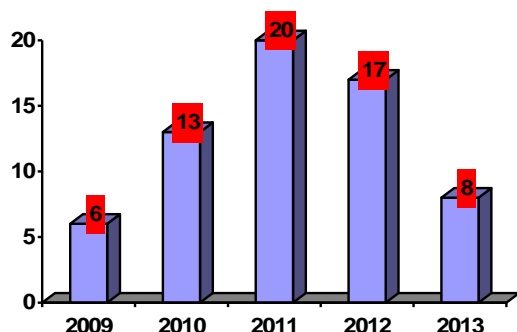
Donaciones	41.104	Sangre total 40.255 (98%) Aferesis 849 (2%)
Transfusiones	52.413	Concentrado de hematíes 40.717 (77,7%) Plaquetas 6.345 (12,1%) Plasma Fresco Congelado 5.177 (9,9%) Crioprecipitado 174 (0,3%)

### Incidentes relacionados con las transfusiones

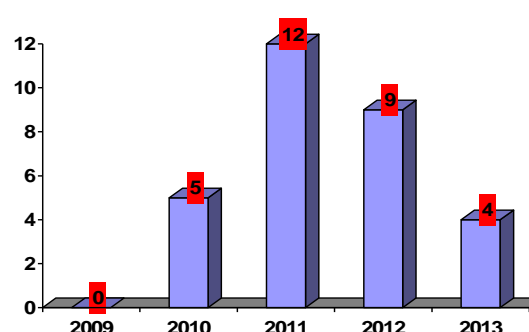
Incidentes notificados /1000 episodios transfusionales



### Casi Incidentes notificados



### Errores en la administración de componentes



## 7. Despliegue y evaluación de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente a nivel autonómico

A través de los coordinadores de calidad se trasladaron a las áreas sanitarias las iniciativas emanadas de la estrategia nacional. Se realiza una evaluación anual mediante los siguientes indicadores:

Tabla 8. Indicadores de la estrategia nacional en seguridad del paciente		
Indicador (datos 2013)	Asturias (%)	España (%)
1. % de hospitales con Sistema de Notificación de Incidentes, de tipo general, accesible a todos los servicios y en uso.	66,7*	83,5
2. % de centros de AP con Sistema de Notificación, de tipo general y en uso.	33,3*	36,7
3. % hospitales con UFGR que sean operativas.	77,8	86,4
4. % de gerencias de AP con UFGR o que asuman estas funciones y estén operativas.	75	63
5. % de hospitales con Protocolo de Identificación Inequívoca de Pacientes.	88,9	81,16
6. % de hospitales que disponen de lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	100	79,9
7. % de pacientes intervenidos de cirugía programada a los que se aplicó la lista de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).	85,3	69,5
8. % de hospitales con protocolo de medicamentos de alto riesgo.	55,6	44,5
9. % de hospitales con protocolo de conciliación de medicación al alta.	22,2	50,3
10. Hospitales que aplican el cuestionario de autoevaluación de la seguridad de utilización de medicamentos.	44,4	28,8

*\*Son locales, a nivel de centro. UFGR: unidad funcional de gestión de riesgos.*

Estos indicadores dejaron de medirse, dado que se está actualizando la estrategia nacional de seguridad del paciente que incluirá indicadores distintos.

## 8. Notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria

En el momento actual (2015), se está en la fase de implantación operativa del “Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (SiNASP)”(59) en todas las áreas sanitarias. Anteriormente convivían distintos sistemas locales sin posibilidad de obtener datos agregados.

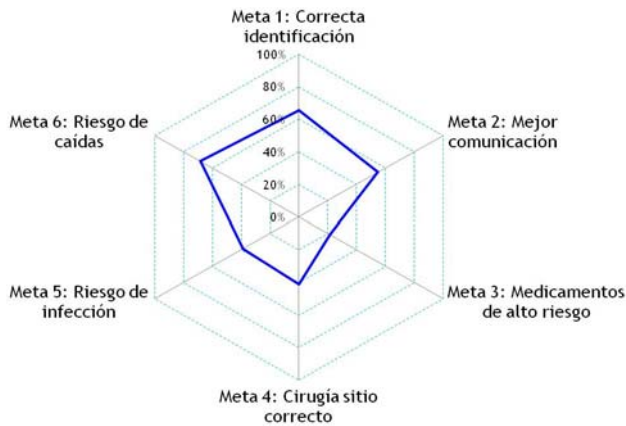


### 9. Implantación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria (MISAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias

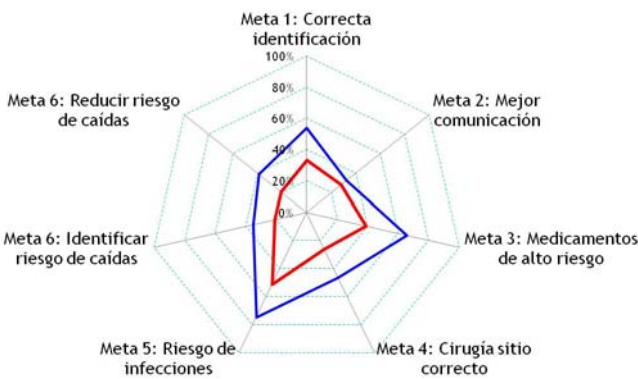
En el año 2013 se realizó un estudio sobre el desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente en el marco de las 6 metas internacionales de seguridad. El cuestionario de evaluación fue contestado por los responsables de seguridad del paciente de 83 de las 84 Zonas Básicas de Salud que se corresponden con el 98,9% de la población asturiana.

Se exploraron 4 dimensiones: desarrollo de la cultura de seguridad, aplicación de estrategias comunes al conjunto de profesionales, formación específica a los profesionales nuevos y grado de implantación de las 14 acciones propuestas (entendidas estas como aquellas que conducirían al cumplimiento de las seis metas).

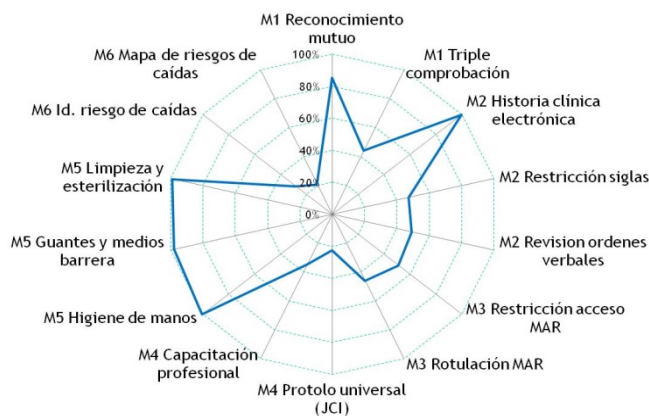
Sus resultados aportaron información muy valiosa para la planificación de la implantación reglada de las seis metas en atención primaria:



Media de Zonas Básicas que perciben que “en ocasiones se producen errores” en relación con las 6 Metas



Media de Zonas Básicas que aplican una estrategia formativa al conjunto de los profesionales (azul) y a los profesionales nuevos (rojo)



Grado de aplicación de las acciones propuestas para la implantación de las 6

La actual “estrategia multimodal” para la implantación de las metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria (2015) está en fase de desarrollo. Contiene los siguientes elementos:

- Elaboración de un documento base.
- Designación de los responsables de seguridad del paciente en cada área sanitaria y cada zona básica y especial de salud.
- Análisis de situación y contexto.
- Formación de formadores. Formación directa a todos los responsables locales.
- Elaboración de herramientas de apoyo a la formación.
- Creación de un espacio web.
- Estrategia de impacto (mayo 2015) con actividades formativas, carteles mudos que invitan a la reflexión y al recuerdo y difusión de guías-resumen para el refuerzo del aprendizaje recibido.
- Monitorizaciones, acciones correctivas y evaluación.

#### **10. Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente en el SESPA(75)**

El SESPA adoptó las competencias en la implantación y seguimiento de las acciones en seguridad del paciente en julio del 2012, hecho que ocurre por primera vez en Asturias desde la asunción de las competencias sanitarias por el Gobierno Autónomo del Principado de Asturias.

Para el desarrollo de estas competencias, se decidió desarrollar un Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente (SGSP), que dotará al sistema sanitario de las herramientas necesarias para la implantación de los planes y estrategias que se desarrollen en el Principado de Asturias.

Siguiendo un proceso de revisión de las iniciativas internacionales, nacionales, autonómicas y locales en el ámbito de la SP, una normalización conceptual y una revisión por informadores clave en 2 niveles de profundidad, el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente en el SESPA fue aprobado el 23 de febrero de 2015 por el Consejo de Dirección del SESPA.

El SGSP permite transformar los planes/estrategias institucionales de seguridad del paciente en acciones operativas para el conjunto del SESPA.

El Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente en el SESPA huye de la fragmentación del trabajo por proyectos y orienta todos los esfuerzos hacia una visión de la seguridad del paciente como un proceso, priorizando la prevención a la reacción.

#### **11. La Seguridad del Paciente en la Gestión Clínica**

El modelo de calidad del SESPA, que comenzó su andadura en 2009 con 5 centros piloto, se ha ido extendiendo a toda la salud mental y a buen número de servicios de atención hospitalaria y centros de atención primaria.

El esquema SINOC-DAIME (Sistema de Información Normalizado de Objetivos de Calidad) es el modelo de calidad del SESPA(76). Entre sus dimensiones la seguridad del paciente ocupa un papel destacado. Su aplicación ha permitido evaluar el desarrollo de la calidad y la seguridad del paciente a lo largo de estos años en las áreas/unidades de gestión clínica en funcionamiento.

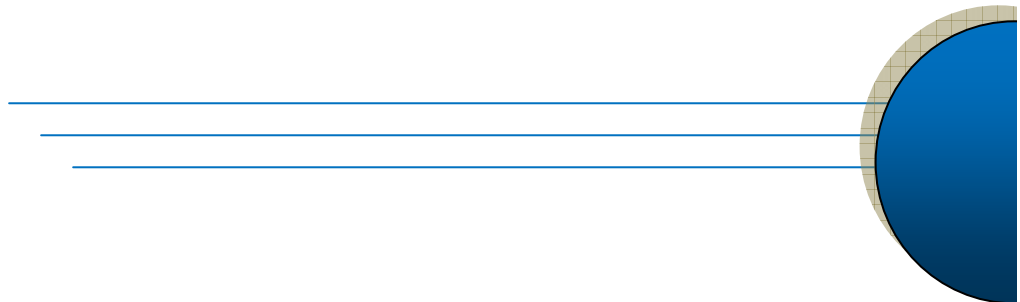
## **12. Iniciativas locales en el ámbito de la Calidad y la Seguridad del Paciente**

Diversos centros sanitarios han desarrollado iniciativas a nivel de sus respectivos dispositivos. El Hospital Monte Naranco, que inició su proceso certificador en calidad en 1998, actualmente tiene certificada con la norma ISO 9001:2008 la atención sanitaria al paciente en régimen de hospitalización y la atención ambulatoria especializada (consultas externas y pruebas complementarias y diagnósticas), incluyendo todos los servicios de apoyo asistencial y no asistencial de todas las áreas. Este centro ha impulsado distintas iniciativas en seguridad del paciente, entre las que destaca la aplicación de una sistemática, desde el 2007, para la detección y análisis de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria.

Igualmente están certificados por la norma ISO 9001:2008 otros 34 dispositivos (servicios de laboratorio, farmacia, suministros, unidad de trasplantes y coordinación de trasplantes a nivel autonómico). En el periodo 2004-2014 han sido acreditados y reacreditados por la Joint Commission International el hospital Valle del Nalón y los centros de salud de Otero (Oviedo), el Llano (Gijón) y Moreda (Aller), si bien en la actualidad sólo el hospital conserva dicha acreditación.



### 3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN





### 3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

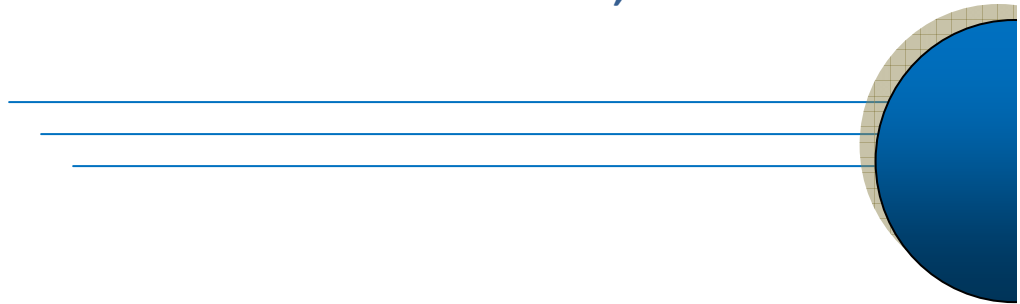
Para la elaboración y ordenación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias se genera un **Grupo Coordinador** integrado por profesionales que desarrollan su trabajo en la Dirección General de Salud Pública, en la Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitarias y en el Servicio de Salud del Principado de Asturias. Este grupo desarrolla el siguiente plan de trabajo:

- Revisar la literatura internacional y nacional sobre normativa, componentes y estrategias en seguridad del paciente, así como de prácticas clínicas seguras.
- Llevar a cabo un análisis de situación de las líneas de trabajo en seguridad del paciente ya establecidas y en desarrollo en nuestra comunidad autónoma.
- Elaborar, con los resultados obtenidos, un documento borrador con líneas de trabajo, objetivos, acciones a desarrollar e indicadores que una vez estudiado por el grupo coordinador sirva de base para posteriores revisiones.
- Enviar dicho borrador para ser analizado, de forma general, por revisores externos: expertos en calidad/seguridad, bioética, asociaciones de pacientes, directivos y profesionales sanitarios. Además, enviar líneas de trabajo y prácticas concretas a especialistas en el tema al que se refieran, con el fin de conocer aquellas peculiaridades que les son propias.
- Analizar, por los miembros del grupo coordinador, todas las aportaciones recibidas; primero, de forma individual y, posteriormente, en sesión de trabajo conjunta para valorar su integración en el documento.
- Someter el nuevo borrador elaborado a un segundo periodo de revisión. En este caso, se envía nuevamente a los revisores que participaron en la primera revisión, y se amplía la participación, haciendo una difusión masiva vía correo electrónico a los profesionales del Servicio de Salud.
- Valorar de nuevo las aportaciones, si las hubiera, y elaborar el documento definitivo por el grupo coordinador.
- Presentar la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad para su aprobación definitiva.
- Presentar y trasladar la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias al SESPA para su difusión e implementación.





## 4. LÍNEAS DE TRABAJO CORPORATIVAS, MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVO





## 4. LÍNEAS DE TRABAJO CORPORATIVAS, MISIÓN, VISIÓN Y OBJETIVO

No hay un consenso generalizado para definir la calidad en la asistencia sanitaria, pero la mayoría de los autores coinciden en que es un concepto multidimensional: atención centrada en el paciente, accesibilidad, continuidad de la atención, efectividad de la práctica clínica, seguridad del paciente, uso adecuado de recursos y satisfacción del paciente, figuran entre las dimensiones más frecuentemente consideradas. Algunas de estas dimensiones son transversales, es decir, afectan a todas las demás, como es el caso de la seguridad y la atención centrada en el paciente.

Como se mostró en el apartado de antecedentes y situación actual, los resultados de los estudios epidemiológicos, llevados a cabo a nivel nacional e internacional, condujeron a considerar la seguridad del paciente un elemento clave, tanto para pacientes como para profesionales, y la convirtieron en una prioridad estratégica.

El abordaje de la seguridad del paciente ha de ser multidisciplinar y tener en cuenta a los profesionales y pacientes. Son aspectos fundamentales la formación, la identificación de prácticas seguras y un enfoque organizacional.

La Consejería de Sanidad, siendo consciente de la importancia de la seguridad del paciente, y recogiendo el natural deseo de los ciudadanos de sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios que puedan necesitar, y la preocupación de los profesionales y gestores por ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente, decide impulsar la elaboración y ordenación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias. Esta estrategia, continúa la línea ya iniciada en las Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007(61), actualizándose en función de la experiencia adquirida en las áreas de seguridad del paciente ya desarrolladas en Asturias y de las recomendaciones nacionales e internacionales en este campo.

### Misión:

La misión de la estrategia de seguridad del paciente es articular una atención segura en Asturias y ser un documento de referencia para directivos/as, profesionales y pacientes, en lo relativo a la seguridad de la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias.

### Visión:

Contribuir al abordaje de los principales problemas de seguridad del paciente, estableciendo objetivos y acciones tendentes a reducir las situaciones de riesgo, así como los daños innecesarios asociados a la asistencia sanitaria.

### Objetivo general:

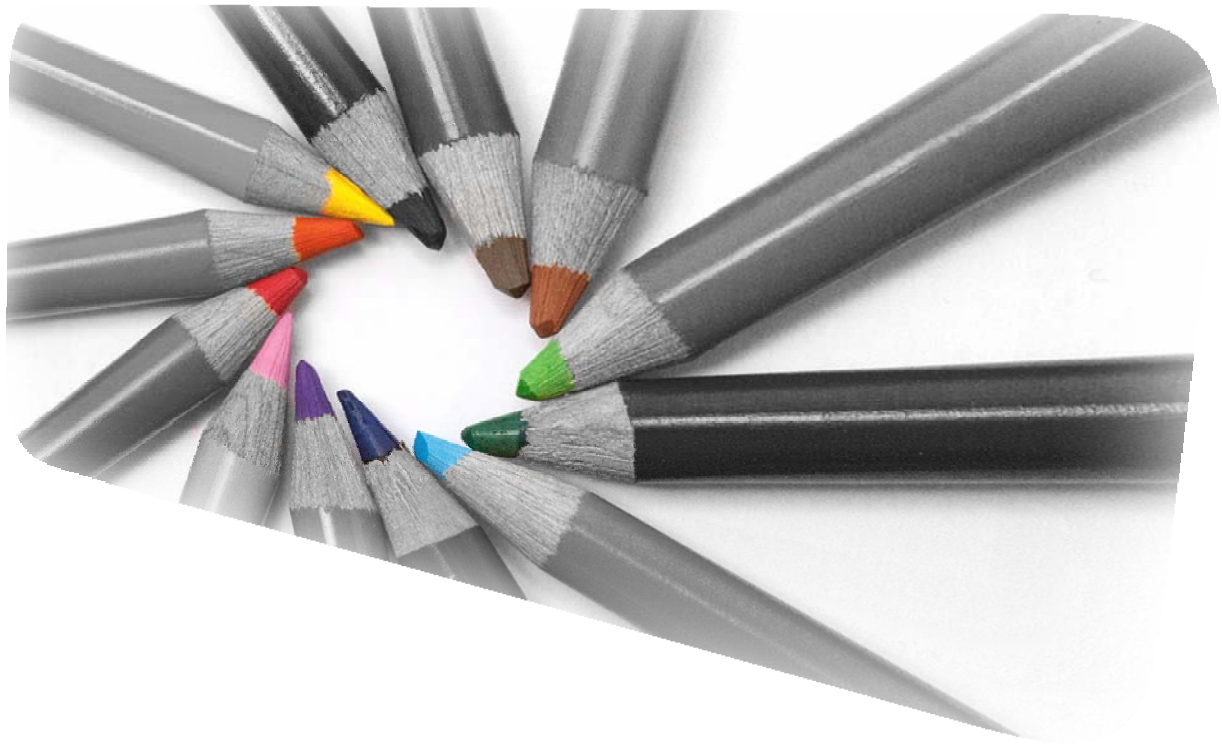
Dar continuidad y mejorar la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales en el Principado de Asturias.

Para ello se plantean las siguientes **líneas corporativas de trabajo**:

1. Organización y liderazgo.
2. Cultura de seguridad y formación.
3. Participación del paciente.
4. Gestión de la información.
5. Entorno seguro y accesibilidad.
6. Prácticas clínicas seguras.
7. Gestión de riesgos.



## Línea de trabajo 1: Organización y Liderazgo





## Organización y liderazgo

Nuestro sistema sanitario, del que la población se siente mayoritariamente satisfecha (79,4% de los asturianos piensa que el Servicio de Salud autonómico funciona bien o bastante bien, según el barómetro sanitario de 2014) y lo considera un elemento fundamental del estado de bienestar, realiza diariamente miles de intervenciones sanitarias, sin que en la gran mayoría (más del 90%) se produzcan incidentes relacionados con la seguridad del paciente (evento o circunstancia que causó o podría haber causado un daño innecesario a un paciente). Sin embargo hay que aceptar que, a pesar de la profesionalidad del personal sanitario y debido, por una parte al cambio en el perfil de los pacientes (mayor edad, más enfermedades crónicas) y por otra a la enorme complejidad que ha alcanzado la atención sanitaria, el contacto con el sistema que la presta conlleva riesgos. En este sentido, la seguridad implica, por una parte evitar el contacto innecesario con el sistema sanitario, evitando de esta forma la medicalización y, por otra, garantizar el menor riesgo posible, si este contacto es necesario. Estos riesgos pueden afectar al paciente y producir daños innecesarios en alrededor del 8-9% de los casos, como lo demuestran los distintos estudios realizados(1-10,12,42,43,45,46,62). Estos eventos adversos representan una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes, lo que convierte la seguridad del paciente en un elemento clave de la calidad asistencial. La participación de los profesionales y el liderazgo de los equipos directivos a todos los niveles son factores fundamentales sin los cuales no se puede abordar adecuadamente la seguridad del paciente. A pesar de los avances realizados en estos años, en nuestro medio, aún falta sensibilización en este tema(77) y, tras la producción de un evento adverso, son más frecuentes de lo deseado actitudes como la intimidación, la culpabilización y la falta de apoyo. Esto provoca pérdida de confianza y menoscaba la cultura de seguridad(78,79). Por tanto, un fuerte liderazgo a nivel local, con el respaldo de toda la estructura organizativa y claramente explicitado, que favorezca la implantación de medidas de prevención de eventos adversos y que apoye abiertamente la notificación y el análisis de los casos en los que se han observado errores, son esenciales en la mejora de la seguridad del paciente, así como avanzar hacia la inclusión de los objetivos de seguridad clínica al mismo nivel que los de actividad y rendimiento. Entre las herramientas que se mostraron útiles en este camino están establecer equipos de gestión de la seguridad del paciente e implementar programas de seguridad(15,80).

### **Objetivo 1: Desarrollar la estructura de liderazgo en seguridad del paciente más adecuada a las necesidades de la población del área sanitaria (afecta a centros hospitalarios y de atención primaria del SESPA y centros concertados).**

- Establecer una correcta estructura de liderazgo, coordinación, seguimiento y evaluación entre servicios centrales de la Consejería de Sanidad y el SESPA.
- Designar a las personas responsables en seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.
- Crear el/los equipos de gestión de la seguridad del paciente en el área sanitaria y centros sanitarios concertados.
- Designar responsable/s para cada programa de implantación de prácticas clínicas seguras en el área sanitaria y centros sanitarios concertados (como por ejemplo, listado de verificación quirúrgica, higiene de manos, metas internacionales de seguridad del paciente en atención primaria o proyectos zero), que aseguren su cumplimiento y evaluación.

## **Objetivo 2: Desarrollar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente en Asturias.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Implantar en el área sanitaria la estrategia de seguridad del paciente establecida por la Consejería de Sanidad.
- Implantar el Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en su ámbito de referencia.
- Evaluar y difundir los resultados, así como establecer las acciones de mejora que sean necesarias.

## **Objetivo 3: Adecuar los tiempos de atención a las necesidades del paciente, así como la continuidad de la asistencia.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Asegurar una respuesta correcta, según la situación clínica del paciente, que permita cumplir los tiempos establecidos a nivel autonómico, tanto en atención urgente como programada y que deben de incluir al menos:
  - Atención en los servicios de urgencias, según sistema de clasificación establecido (hospital y atención primaria).
  - Aplicación del código ictus.
  - Aplicación del código corazón.
  - Traslados de pacientes.
  - Cirugía oncológica.
  - Lista de espera para pruebas diagnósticas.
  - Lista de espera para cirugía programada.
- Garantizar la continuidad asistencial, mediante la existencia de un/a profesional médico responsable del paciente, y la aplicación de criterios para la transición del paciente entre servicios y entre niveles asistenciales, así como un/a profesional de enfermería que asegure la continuidad de cuidados, con especial atención a aquellas situaciones que puedan suponer un alto riesgo para el paciente.
- Asegurar la adecuada ubicación de los pacientes en las plantas de hospitalización.

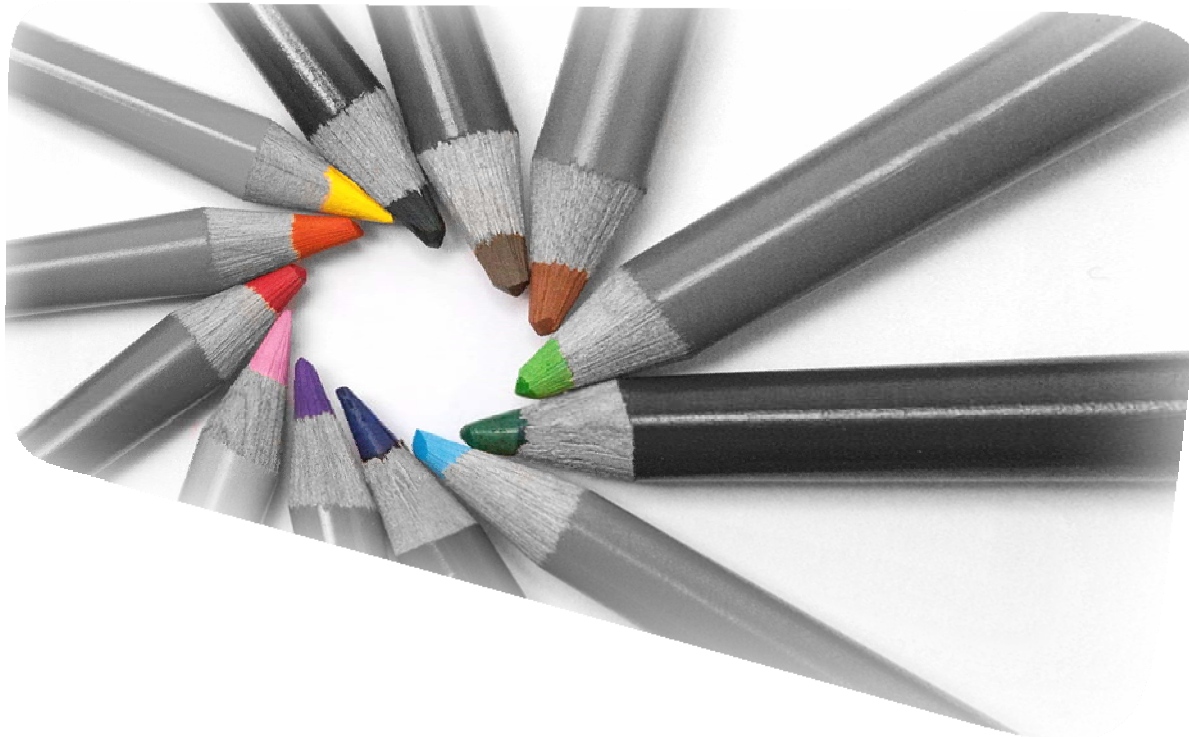


**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación será anual y cada vez que haya cambios en los responsables. Se hará en base a los siguientes indicadores.

Indicadores anuales	Estándar
Existencia de un organigrama de coordinación entre los servicios centrales de la Consejería de Sanidad y del SESPA aprobado por el Consejo de Dirección.	Disponible
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen establecido un organigrama aprobado por la dirección, con funciones y responsabilidades en relación con la seguridad del paciente (equipo de gestión de la seguridad del paciente y responsable de seguridad del paciente).	100%
Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con sistemática para la implantación de la estrategia de seguridad del paciente.	100%
Porcentaje de áreas/centros sanitarios concertados con informe de evaluación anual del desarrollo de la estrategia de seguridad.	100%
Porcentaje de áreas que han establecido un sistema para la valoración de las peticiones de consulta, incluyendo un procedimiento de priorización de las mismas así como la identificación del profesional/es responsable.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un protocolo para el traslado de los pacientes, tanto dentro del centro como entre centros.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen definido un circuito que garantiza la continuidad de la asistencia al paciente, cuando surgen conflictos ante la negativa del profesional a la asistencia por situación personal o conflicto ético.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que tienen implantado un procedimiento que asegure la atención a los pacientes ingresados durante fines de semana y festivos.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de clasificación de pacientes implantado.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias que cumplen con los tiempos de espera establecidos a nivel autonómico (atención en los servicios de urgencias (hospital y atención primaria), código ictus, código corazón, traslados de pacientes, tiempos oncológicos, lista de espera para pruebas diagnósticas, lista de espera para cirugía programada).	100%

## Línea de trabajo 2: Cultura de Seguridad





## Cultura de Seguridad

La cultura de seguridad es el modo en que se sienten y se hacen las cosas, precisa tener conciencia de que algo puede ir mal y que pueden ocurrir fallos. La cultura de seguridad integra la máxima de "no causar daño" en la identidad del sistema sanitario, y la incorpora a sus normas y funcionamiento. La sitúa como misión fundamental, definiéndola en sus principios corporativos y difundiéndola entre sus miembros, como los elementos rectores que presiden el trabajo de los centros asistenciales y se aplican en sus prácticas diarias. La cultura de seguridad es fruto del esfuerzo colectivo de todos los miembros de cada institución, dirigido a tener presente la seguridad del paciente en todas sus actividades, tanto a nivel de gestión como asistencial y de participación del paciente(81,82). La cultura de seguridad tiene como resultado compartir información de forma abierta sobre efectos adversos, ser capaz de reconocer errores y tomar medidas para prevenirlos. Para reducir los efectos adversos, el enfoque que se ha mostrado más útil consiste en centrar en el sistema el análisis de lo que fue mal, y no en la búsqueda de la persona responsable del fallo(83–88).Teniendo en cuenta las experiencias en otros campos distintos de la sanidad y los datos del análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en atención primaria(89) y en el ámbito hospitalario(50) españoles, las intervenciones para mejorar la cultura de seguridad incluyen: a) la medición periódica de la cultura de seguridad (actitudes y percepciones que sobre seguridad del paciente tienen los profesionales) para detectar oportunidades específicas de mejora, b) una actitud proactiva por parte de las gerencias, c) la formación en SP y d) comunicar y aprender de los incidentes ocurridos.

Tampoco hay que olvidar que es fundamental que exista cultura de seguridad no sólo en los profesionales sino también en la población. Un elemento primordial para garantizar la seguridad en la atención sanitaria son los propios procesos de educación a la población general, sobre el uso adecuado de los sistemas sanitarios, sobre el papel que tienen otros determinantes en el fortalecimiento de su salud y los efectos adversos que puede tener la medicalización de la salud y la utilización no correcta de elementos diagnósticos o terapéuticos.

Por otra parte, para poder evitar los eventos adversos es necesario entender las causas de los mismos y que factores los favorecen, así como el impacto que producen. También es necesario encontrar soluciones de efectividad demostrada y que sea posible su aplicación en la práctica clínica diaria. Los conocimientos de los que se dispone, aunque aumentaron en los últimos años, son aún limitados por lo que la investigación en seguridad del paciente sigue siendo una necesidad. La OMS y otros autores(90,91) consideran áreas de investigación prioritaria: la estimación de la magnitud y las características de los eventos adversos, la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de eventos adversos, la evaluación del impacto de los eventos adversos en el sistema sanitario, la identificación de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura, el desarrollo de indicadores de seguridad y el papel del paciente.

### **Objetivo 1: Mejorar los conocimientos y habilidades de los profesionales en seguridad del paciente.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Incluir en el plan de acogida dirigido a todo profesional nuevo los aspectos esenciales en seguridad del paciente.
- Implantar en actos críticos, como por ejemplo la asignación del número de historia o la identificación del paciente, un plan de formación y capacitación específico del puesto de trabajo que tenga en cuenta la seguridad del paciente. Este plan debe incluir al personal subcontratado.
- Incluir un programa formativo para cada práctica segura que se impulse corporativamente.
- Definir corporativamente el currículo mínimo de formación en seguridad.
- Promover la formación básica en seguridad del paciente durante la formación de grado.
- Incluir la seguridad del paciente en la formación continuada de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) y en el currículo formativo de los profesionales en formación sanitaria especializada (MIR, EIR, FIR, PIR, etc.).
- Creación y mantenimiento de un expediente/registro del profesional con la formación en Seguridad del Paciente.

### **Objetivo 2: Valorar el grado de cultura en SP como medio para detectar oportunidades de mejora en seguridad del paciente.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Evaluar periódicamente la percepción que tienen los profesionales de la seguridad del paciente mediante instrumentos validados, como por ejemplo, la encuesta MOSPS (Medical office survey on patient safety) en atención primaria(92) y la encuesta HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) en atención hospitalaria(93).

### **Objetivo 3: Promover la cultura de seguridad en los profesionales y su participación activa en la misma.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Difundir a los profesionales, a través de los medios que se establezcan, de información periódica y accesible por parte del equipo de gestión de la seguridad del paciente, relacionada con su área sanitaria/centro asistencial, sobre:
  - Riesgos derivados de la asistencia sanitaria y acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación.
  - Alertas de seguridad del paciente.
- Difundir a los profesionales a través de un portal web corporativo único de información agregada y actualizada respecto a:
  - Riesgos derivados de la asistencia sanitaria.
  - Acciones emprendidas para su prevención y/o mitigación.
  - Compartir buenas prácticas en seguridad del paciente.

- Estándares en seguridad del paciente establecidos corporativamente.
- Realizar una jornada anual autonómica para compartir experiencias sobre seguridad del paciente.

#### **Objetivo 4: Promover la cultura de seguridad en la población y su participación activa en la misma.**

##### **Acciones a desarrollar:**

- Incorporar en todos aquellos programas formativos que se realicen a la ciudadanía (Escuelas Municipales de Salud, Asociaciones de Personas Afectadas, Escuelas de Pacientes y otros foros) contenidos sobre la desmedicalización, el uso adecuada de los servicios sanitarios y la utilización de elementos no farmacológicos en el cuidado de las enfermedades.
- Elaborar materiales informativos a la población general sobre aspectos relacionados con la cultura de seguridad, prevención cuaternaria y desmedicalización.
- Garantizar la correcta información del balance de riesgo/beneficio de aquella población sana que es invitada a participar en programas de detección precoz/cribados.
- Incorporar la sensibilización y educación en salud en todos los Consejos de Salud de las áreas sanitarias.
- Incorporar contenidos informativos, sobre los beneficios y riesgos, de las diferentes intervenciones preventivas destinadas a la población general (por ejemplo, programas de detección precoz de cáncer), de forma comprensible y adecuada culturalmente.

#### **Objetivo 5: Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad.**

##### **Acciones a desarrollar:**

- Promover la cultura de seguridad del paciente en los centros sociosanitarios.
- Colaborar con los centros sociosanitarios en los temas relativos a la seguridad del paciente que le afecten.
- Desarrollar actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios de los establecimientos residenciales para ancianos de Asturias (ERA).
- Promover la inclusión de criterios de seguridad del paciente en la autorización de nuevos centros privados y en la renovación de la autorización de los existentes.

## **Objetivo 6: Favorecer la investigación en seguridad del paciente.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Abrir líneas de investigación en alguno de los siguientes aspectos:
  - Magnitud e impacto de los efectos adversos en el sistema sanitario.
  - Descripción y análisis de los factores implicados en la aparición de eventos adversos.
  - Como mejorar la comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de los incidentes y eventos adversos.
  - Como promover la identificación y difusión de soluciones efectivas, factibles y sostenibles para lograr una atención más segura.
  - Incidentes ocurridos en el proceso de comunicación entre profesionales y entre profesionales y pacientes.
  - Factores de riesgo de los pacientes relacionados con una mayor probabilidad de sufrir un evento adverso.
  - Evaluación de la efectividad de las intervenciones para la mejora de la seguridad del paciente.
  - Impacto del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente del SESPA en la seguridad del paciente.
  - Tránsito del conocimiento científico a la práctica asistencial.
- Apoyar la asistencia a congresos y reuniones científicas para la presentación de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente.

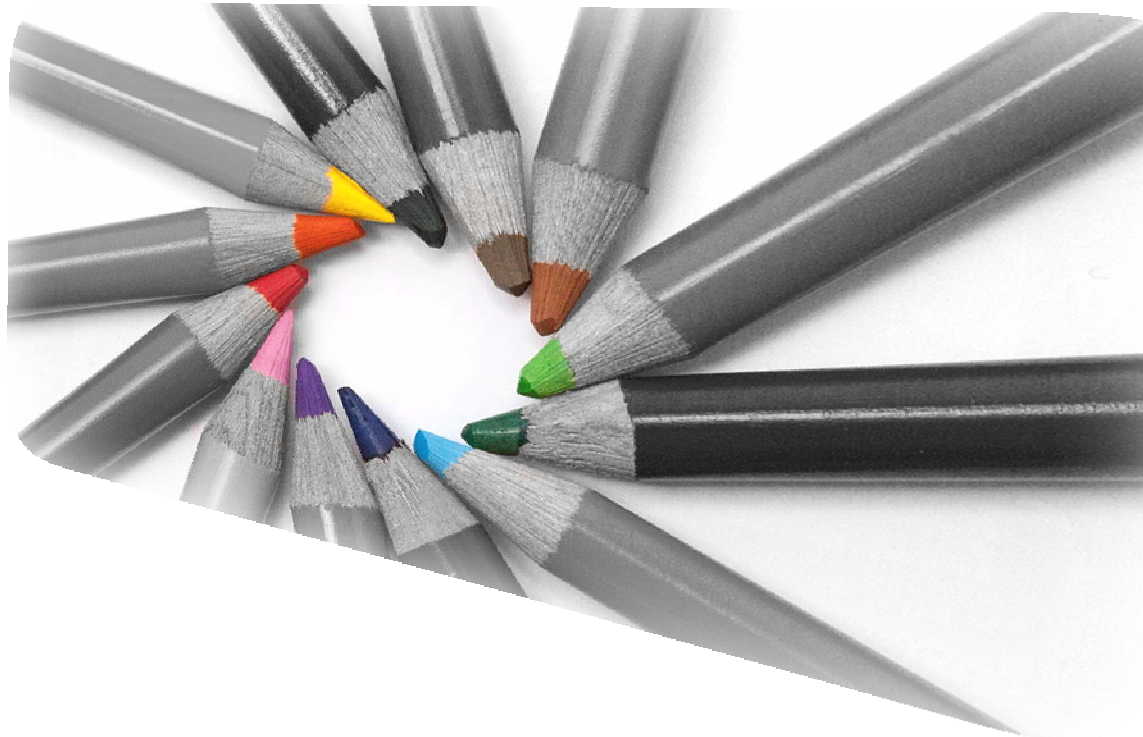
**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación de los indicadores propuestos será anual, excepto para el objetivo 2 en el que la evaluación se hará determinando el grado basal el primer año y posteriormente de forma bienal.

<b>Indicadores</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de profesionales nuevos que han recibido en la acogida para el desarrollo de su trabajo información sobre seguridad del paciente.	50%
Porcentaje de áreas/centros que incluyen en la formación continuada la seguridad del paciente.	100%
Porcentaje de profesionales sanitarios en formación especializada que han recibido formación en seguridad del paciente al terminar su periodo formativo.	100%
Porcentaje de profesionales del área que han recibido formación en seguridad del paciente y prácticas seguras en el último año.	25%
Porcentaje de profesionales que tienen un expediente/registro actualizado de formación en el ámbito de seguridad del paciente en el último año.	>90%
Porcentaje de áreas sanitarias con informe basal de análisis de la encuesta MOSPS con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados con informe basal de análisis de la encuesta HSOPSC con plan de acción acorde a los resultados obtenidos.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han establecido los medios de difusión de la información.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que han realizado difusión de la información según los medios establecidos.	100%
Existencia de portal corporativo y plan de mantenimiento y actualización.	Sí
Porcentaje de áreas con al menos una participación en algún evento relacionado con la seguridad del paciente.	100%
Número de trabajos de investigación relacionados con la seguridad del paciente, presentados en congresos y reuniones científicas.	Monitorizar
Número de actividades de difusión y formación dirigidas a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los centros sociosanitarios del ERA.	Monitorizar



### **Línea de trabajo 3: Participación del paciente**





## Participación del paciente

El enfoque de la atención centrada en el paciente, que se viene desarrollando en los últimos 20 años, ha permitido avances importantes en la implicación del paciente en la toma de decisiones, pero es necesario seguir profundizando porque aún persisten barreras tanto a nivel de gestores como de profesionales y pacientes que es preciso franquear. Esto se hace especialmente visible en el campo de la seguridad del paciente, donde la participación activa del paciente y su familia o entorno cercano se ha mostrado muy efectiva para mejorar la seguridad en la atención sanitaria(94,95). Así lo han puesto de manifiesto las principales organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en seguridad del paciente, convirtiendo en una prioridad, el potenciar la participación del paciente en su seguridad (OMS, Agency for Healthcare Research and Quality's [AHRQ], National Health Service [NHS], Comisión Europea, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI]...)(30,60,96). Pasar del modelo tradicional, con un importante componente paternalista, a uno en que el paciente tenga participación activa, no es fácil y necesita de cambios, tanto en el sistema como en los profesionales y el paciente(97,98). El paciente precisa estar formado e informado y vencer las resistencias culturales que aún persisten para poder ejercer un verdadero “empoderamiento en su seguridad”. Además, junto a lo dispuesto en la legislación vigente(99–101), es necesario poner a disposición del paciente procedimientos explícitos que hagan efectiva dicha participación. Por ello, se hace ineludible impulsar el desarrollo de acciones dirigidas a favorecer que el paciente intervenga en la toma de decisiones y colabore en su seguridad.

Se incluyen en este apartado, objetivos y acciones específicas para pacientes, mientras que aquellas de carácter más global, orientadas a toda la población y no sólo a pacientes, se han señalado en la línea anterior de Cultura de Seguridad.

### Objetivo 1: Favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones durante el proceso asistencial.

#### Acciones a desarrollar:

- Aplicar un procedimiento, que garantice al paciente que recibe información suficiente sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva, de tal forma que le permita participar en una toma de decisiones compartida con el profesional/equipo que le atiende. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones(101).
- Elaborar un listado corporativo de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que precisan documento de consentimiento informado específico.
- Asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado en aquellas técnicas diagnósticas y terapéuticas que así se haya establecido. El procedimiento se adaptará a las circunstancias personales de cada paciente y a su capacidad para tomar decisiones. Cuando el paciente no sea capaz de decidir, se tendrá en cuenta el registro de instrucciones previas y la persona o entidad que represente al paciente.
- Promover el respeto a las preferencias de los pacientes al final de la vida.

## **Objetivo 2: Promover la formación de pacientes, familiares y cuidadores en los riesgos asociados a la atención sanitaria y cómo prevenirlos.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Elaborar un plan para informar, aconsejar, instruir y sensibilizar, tanto a los pacientes como a los familiares y personas cuidadoras, de los riesgos que conlleva la atención sanitaria, con especial hincapié en el intercambio de datos de identificación y de la importancia de su contribución para prevenir fallos, identificar riesgos y proponer acciones de mejora, relacionados con la atención sanitaria que reciben.
- Disponer de un plan de acogida al paciente que incluya los riesgos que conlleva la asistencia sanitaria y su implicación en la toma de decisiones.
- Potenciar la seguridad del paciente dentro de las actividades de la escuela de pacientes.
- Diseñar programas de formación específicos, dirigidos a pacientes y personas cuidadoras para determinados procesos de atención, con el fin de conseguir su participación activa.
- Desarrollar programas de información y formación a los pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de medicamentos.

## **Objetivo 3: Favorecer la participación de pacientes, familiares y cuidadores en su seguridad, tanto en sus contactos con el sistema de salud como a través de los órganos de participación y herramientas de opinión existentes.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Establecer un procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados (en todos los ámbitos) con el fin de que, siempre que sea posible, el paciente tenga un acompañante, especialmente en pediatría, edad avanzada y personas con deterioro funcional o cognitivo.
- Incorporar la seguridad del paciente a los procesos de discusión y debate en los órganos de participación colectiva establecidos.
- Incorporar la seguridad del paciente en los contactos con asociaciones de pacientes, familiares y cuidadores.
- Establecer una sistemática que permita la participación individual de los usuarios en la mejora (buzón de sugerencias, etc.).
- Incorporar la participación activa de pacientes, familiares y personas cuidadoras en la seguridad del paciente(102).

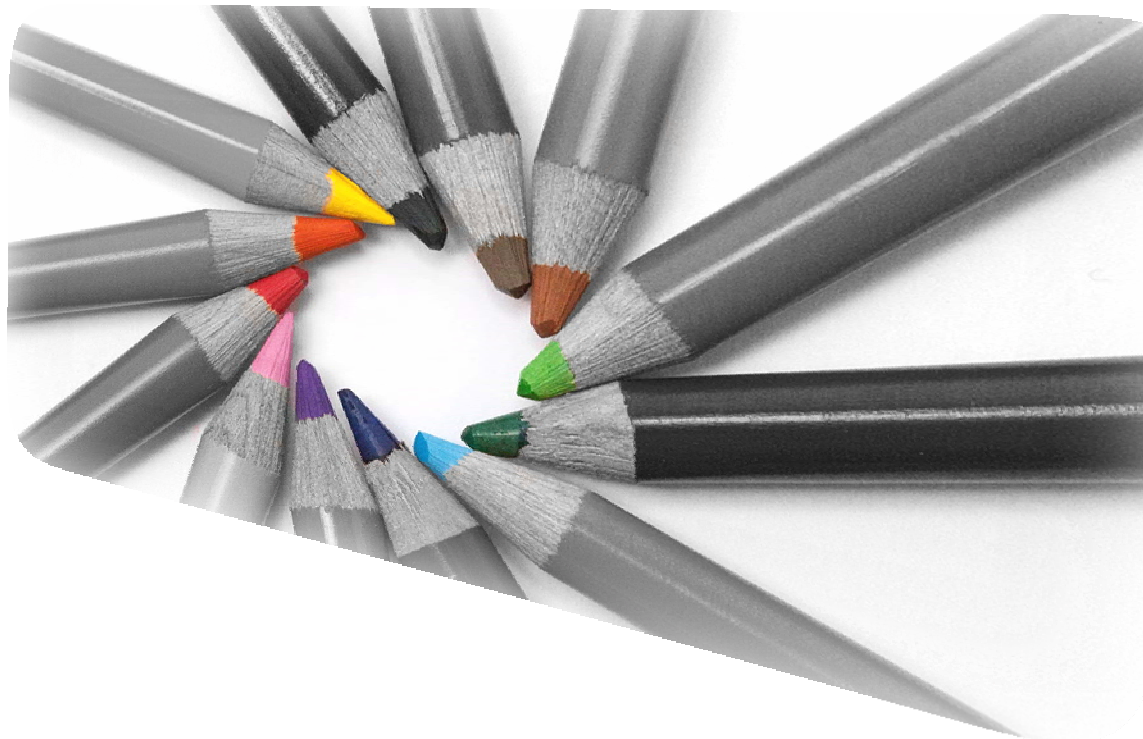
**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas en las que existe y se aplica el procedimiento de información sobre el proceso asistencial.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias/centros sanitarios concertados que aplican, en las intervenciones y/o procedimientos definidos, los modelos de consentimiento informado establecidos.	100%
Porcentaje de historias clínicas con documento de consentimiento informado específico de acuerdo a protocolo (de las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos que se determinen).	100%
Porcentaje de áreas con procedimiento sobre preferencias de pacientes terminales.	100%
Porcentaje de dispositivos asistenciales que disponen y aplican el plan de información a pacientes y personas cuidadoras.	100%
Porcentaje de áreas en las que el plan de acogida del paciente, en todas las modalidades de la atención, incluye la seguridad del paciente.	100%
Número de actividades desarrolladas dentro de la escuela de pacientes en las que se aborda la seguridad del paciente.	Monitorizar
Número de acciones formativas dirigidas a colectivos específicos de pacientes y personas cuidadoras que incluyen la seguridad del paciente.	Monitorizar
Número de acciones formativas a pacientes, familiares y personas cuidadoras en el uso seguro de la medicación.	Monitorizar
Porcentaje de hospitales con procedimiento de acompañamiento de pacientes hospitalizados implantado.	100%
Número de reuniones anuales de Consejos de Salud de área sanitaria/zona que incluyan temas sobre SP en el orden del día.	Monitorizar
Porcentaje de dispositivos sanitarios que disponen de elementos que facilitan la recogida de propuestas por parte de los usuarios (buzón de sugerencias, encuestas, etc.).	100%
Informe anual de análisis y evaluación de las propuestas de los usuarios.	1
Porcentaje de centros sanitarios que entregan al ingreso folleto solicitando la participación activa de los ciudadanos en la seguridad del paciente.	>80%



## Línea de trabajo 4: Gestión de la información clínica







## Gestión de la información clínica

La circulación del paciente por el sistema sanitario puede ser compleja, pues durante el proceso asistencial es posible que pase por atención primaria, por hospitalización o por ambos. Si precisa hospitalización pasará por varias unidades (urgencias, planta de hospitalización, radiología, etc.) y será atendido por distintos profesionales, que en algunos casos trabajarán a turnos (enfermería, guardias médicas); lo mismo ocurre en atención primaria, pudiendo ser atendido en el centro de salud, salud mental, etc. La transmisión de información durante las distintas etapas de este itinerario es clave, pues para prestar una asistencia adecuada y segura es necesario conocer el estado del paciente y las necesidades asistenciales que tiene durante todo este proceso. Esto incluye los traspasos entre profesionales, entre unidades o servicios y entre niveles, para finalmente ir a su domicilio. La interrupción de la comunicación a lo largo del proceso asistencial estuvo entre las causas principales de los eventos centinela en el informe de la Joint Commission de 2014(103), y fue el factor causal más frecuente de las reclamaciones a las aseguradoras por mala praxis en los Estados Unidos (EE.UU)(104). En el informe australiano(105), de los más de 25.000 eventos adversos evitables que condujeron a una discapacidad, el 11% se debió a problemas de comunicación y el 6% fue secundario a problemas de competencia profesional. Esto hace que una comunicación clara y efectiva, realizada de forma estructurada y sistemática, entre los profesionales/equipos de las unidades y niveles asistenciales que atienden al paciente en cada momento, sea esencial para proporcionar atención médica segura y de calidad(106,107).

**Objetivo 1: Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de los pacientes entre servicios/unidades y entre niveles (atención primaria, hospitalización, etc.).**

### Acciones a desarrollar:

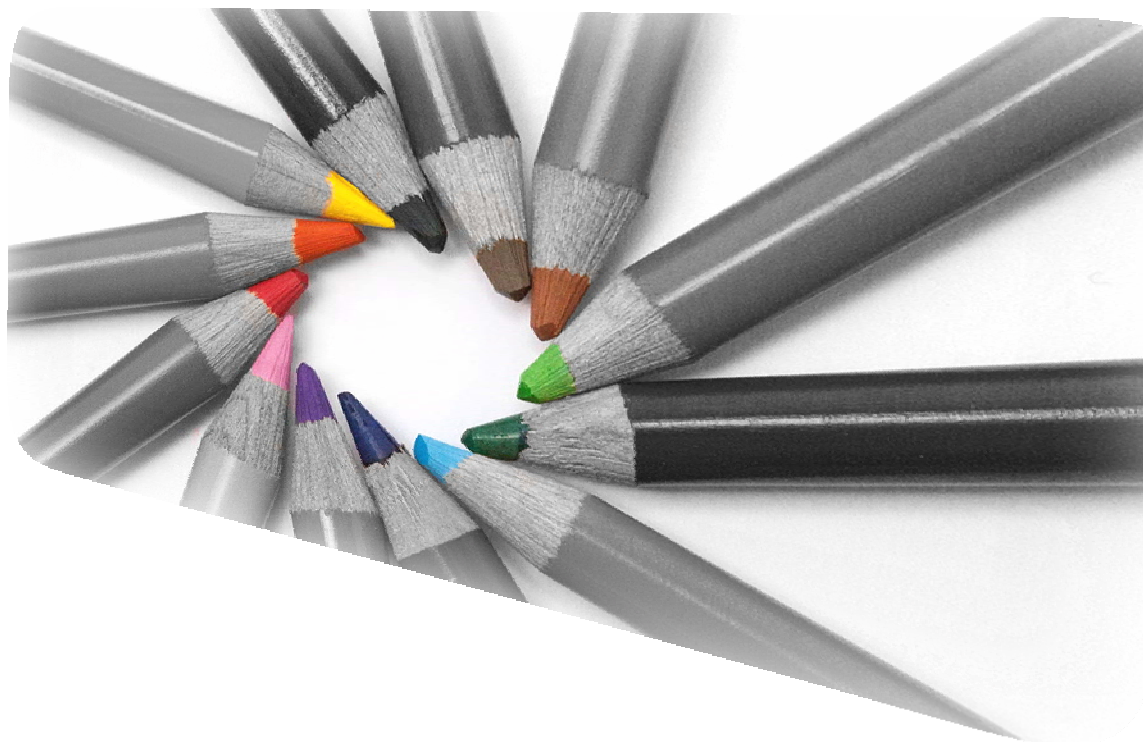
- Implementar un procedimiento estructurado y sistemático de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes ingresados (situación del paciente y plan a seguir, etc.).
- Garantizar la adecuada cumplimentación y difusión de los informes de alta y la forma de comunicación directa en situaciones que lo requieran.
- Asegurar una sistemática para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.
- Potenciar el uso sistemático de la historia clínica electrónica, integrada tanto entre los diferentes servicios de un nivel como entre los distintos niveles asistenciales.
- Implantar un plan de formación continua en el uso de la historia clínica electrónica, con especial énfasis en la información que debe contener, la restricción de siglas y abreviaturas, y la normalización y difusión de los informes, tanto de pruebas diagnósticas como de alta, y que permita asegurar que se conocen y usan todos los recursos disponibles en la misma.
- Disponer de una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones previamente definidas (situaciones de urgencia, atención domiciliaria, etc.).
- Incorporar en el programa de formación continuada acciones formativas sobre comunicación efectiva entre profesionales y con los pacientes.
- Protocolizar el procedimiento de corrección de información errónea asociada a un paciente.

### Evaluación y seguimiento:

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas sanitarias en las que existe y se aplica un procedimiento de transferencia de pacientes entre unidades y servicios hospitalarios y entre niveles asistenciales.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la comunicación de resultados de pruebas diagnósticas o de laboratorio, especialmente valores críticos que puedan poner en peligro al paciente.	100%
Porcentaje de historias clínicas que cumplen los criterios de calidad establecidos.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática para la revisión de órdenes verbales o telefónicas en situaciones de urgencia.	Monitorizar
Porcentaje de profesionales que han recibido formación específica sobre estrategias de comunicación efectiva en el último año.	Monitorizar
Porcentaje de áreas sanitarias con plan de formación en el uso de la historia clínica electrónica.	100%

## Línea de trabajo 5. Entorno seguro





## Entorno seguro:

Un centro sanitario es un conjunto de elementos arquitectónicos, materiales y tecnológicos, en el que el personal sanitario y otros profesionales, organizados adecuadamente, proporcionan asistencia sanitaria a los ciudadanos, ya sea curativa, preventiva o de rehabilitación(108).

Pese a estar diseñados para proporcionar una atención sanitaria segura, este entorno puede contribuir a la aparición de eventos adversos.

Es necesario analizar el centro sanitario y sus accesos, determinando las zonas y elementos que pueden suponer un riesgo para los pacientes. El control de estos riesgos contribuye eficazmente a la mejora de la seguridad del paciente.

De la misma manera, es preciso conservar y mantener las instalaciones y los equipos médicos, para que cumplan de manera segura con el fin para el que fueron diseñados.

La gestión de residuos peligrosos es un aspecto clave, que conlleva dar a los mismos el tratamiento más adecuado en función de sus características(109).

### Objetivo 1: Mejorar la seguridad de las infraestructuras.

#### Acciones a desarrollar:

- Definir el mapa de riesgos de los centros sanitarios del área, que al menos contendrá:
  - Identificar servicios/unidades de alto riesgo.
  - Identificar puntos críticos de riesgo.
  - Identificar riesgo de caídas.
- Determinar las zonas y elementos de riesgo que precisan acciones correctoras o control del riesgo.
- Garantizar un plan de autoprotección centrado especialmente en caso de incendio (se incluirán otros riesgos conocidos cuando proceda) y asegurando entrenamiento apropiado, con simulacros periódicos y difusión de información sobre el modo de proceder trabajadores y pacientes.
- Incluir en el plan de acogida a nuevos profesionales información sobre el plan de autoprotección.

### Objetivo 2: Mejorar la seguridad de las instalaciones.

#### Acciones a desarrollar:

- Elaborar en cada área sanitaria la relación de sus sistemas clave, como por ejemplo sistemas de información, red informática, sistema eléctrico, calidad del agua, etc.
- Implantar un protocolo de revisión regular de los sistemas clave.
- Establecer una sistemática que permita la adecuada respuesta ante:
  - Situaciones de fallo de los sistemas clave o las producidas por averías o interrupción de suministros.
  - Casos de contaminación biológica, química o ambiental.
- Implantar un procedimiento de limpieza e higiene de las instalaciones

### **Objetivo 3: Identificar y controlar de forma segura los residuos y materiales peligrosos**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Garantizar la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la “Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias” (109).
- Difundir entre los profesionales del centro información actualizada sobre el manejo de materiales y residuos peligrosos y que hacer en caso de accidente.
- Definir el circuito para la gestión de material citotóxico y citostáticos de uso ambulatorio.

### **Objetivo 4: Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Inventariar el equipamiento médico general con identificación del equipamiento médico de alto riesgo.
- Definir para los equipos: ficha de manejo, conservación, limpieza, así como la necesidad y, en su caso, periodicidad del mantenimiento preventivo necesario, calibración o caracterización, que esté accesible para los usuarios del mismo.
- Asegurar un programa de mantenimiento del equipamiento sanitario acorde a la ficha de cada equipo.
- Identificar el estado de mantenimiento de cada equipo.
- Asegurar un procedimiento para disminuir los riesgos de exposición del equipamiento médico de alto riesgo y mitigar sus efectos (planes de contingencia).
- Incluir criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.

**Evaluación y seguimiento:**

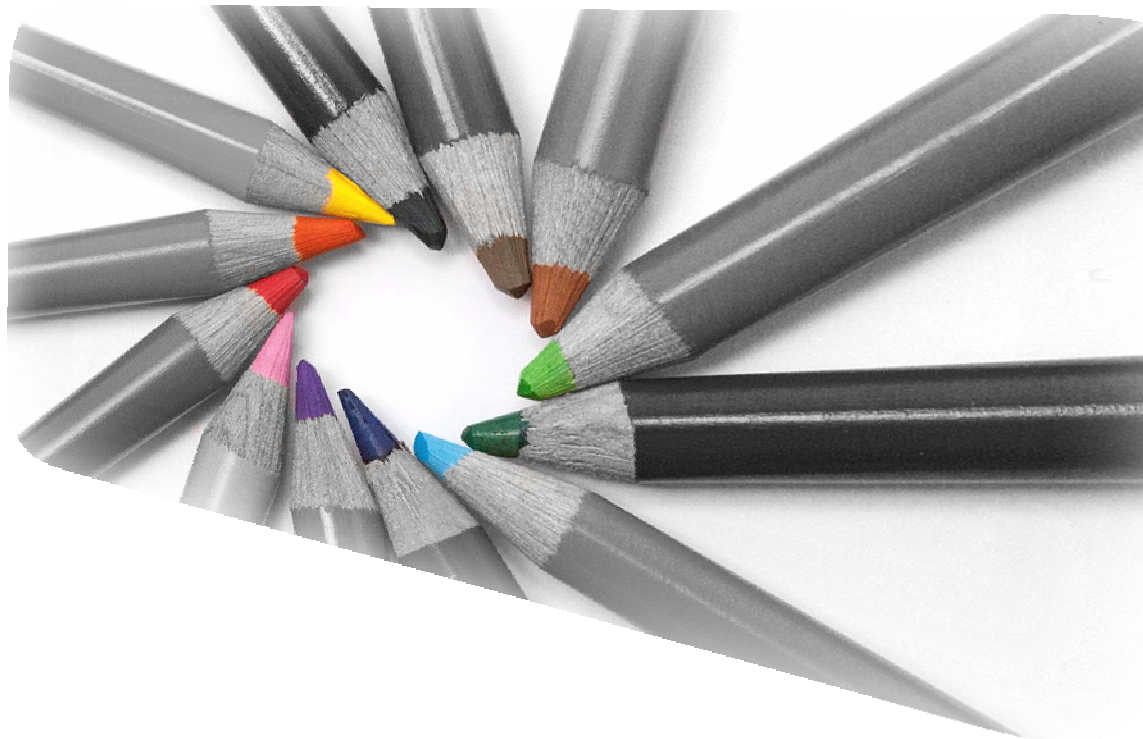
El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas sanitarias con mapa de riesgos de los centros sanitarios del área.	100%
Porcentaje de dispositivos que han realizado acciones correctoras o de control de los riesgos detectados.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias en las que los dispositivos asistenciales del área disponen de un Plan de Autoprotección, centrado especialmente en la posibilidad de un incendio, que garantice la evacuación efectiva de todas las personas presentes en el edificio.	100%
Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria que realizan periódicamente un simulacro de incendios y evacuación de las instalaciones.	100%
Porcentaje de profesionales nuevos que en la acogida recibieron formación sobre el plan de autoprotección.	100%
Porcentaje de dispositivos del área sanitaria que cuentan con un sistema de supervisión de las instalaciones y adecuada respuesta en caso de fallo que incluye, al menos, los sistemas clave e infraestructura, instalación eléctrica, calefacción, telefonía, informática, elementos contra incendios y la seguridad de las instalaciones.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con procedimiento de actuación ante averías e interrupción de suministros.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo de actuación ante contaminación biológica, química o ambiental.	100%
Porcentaje de dispositivos asistenciales del área sanitaria en los que la limpieza e higiene de instalaciones, salas, materiales y equipos, así como limpieza y esterilización del material clínico reutilizable se realizan según protocolo establecido.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias que realizan la gestión de residuos y materiales peligrosos de acuerdo a la "Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias".	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con gestión de material citotóxico y citostático de uso ambulatorio de acuerdo al protocolo establecido.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con registros de mantenimiento del equipamiento médico según su ficha de equipo.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con registro de incidencias y mantenimiento correctivos de los equipos médicos.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con criterios de seguridad del paciente en la contratación de servicios externos, compra de equipos, dispositivos y productos.	100%





## Línea de trabajo 6. Prácticas clínicas seguras





## Prácticas clínicas seguras

Desde la publicación en el año 2000 del informe del Instituto de Medicina "Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro"(1), la mejora de la seguridad del paciente ha sido un tema de considerable interés para los sistemas sanitarios y profesionales. A parte de las intervenciones necesarias en varios campos, como la formación, cultura de seguridad en pacientes y profesionales y cambios organizacionales, entre otros, lo que se mostró crítico fue identificar los problemas de seguridad, poder medirlos de forma precisa y determinar que prácticas eran eficaces para reducir el daño y evitar su repetición.

En este sentido, varias organizaciones internacionales (OMS, Comité Europeo de Sanidad, Joint Commission, AHRQ) y también a nivel nacional el Ministerio de Sanidad, llevaron a cabo trabajos que condujeron a la identificación de una serie de prácticas que se mostraron eficaces en mejorar la seguridad del paciente, y además era posible llevarlas a la práctica clínica(33,34,110–113). Estas prácticas tienen que ver con acciones a desarrollar en las organizaciones sanitarias (programas de gestión de riesgos sanitarios, participación de profesionales, incorporación de indicadores sobre seguridad a los contratos de gestión), existencia de sistemas de información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes, formación en seguridad al personal sanitario y a los pacientes, el uso seguro de los medicamentos, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, la cirugía segura, los cuidados de los pacientes y la comunicación entre profesionales. En el Sistema Sanitario del Principado de Asturias se llevan abordando muchas de estas prácticas desde hace años y otras aún están pendientes. En este apartado, siguiendo recomendaciones nacionales e internacionales y en base a la evidencia científica disponible, nos proponemos mantener y potenciar las siguientes prácticas seguras, unas en las que ya se ha trabajado y otras nuevas para incorporar de forma paulatina:

- A. Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos y entre estos y su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas.
- B. Adecuación de la asistencia al paciente vulnerable.
- C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados.
- D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.
- E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.
- F. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.
- G. Optimizar el uso de los procedimientos con radiaciones ionizantes.
- H. Seguridad transfusional.
- I. Disminuir la variabilidad clínica e intervenciones innecesarias.

## **A. Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacidos y entre estos y su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas.**

La correcta identificación del paciente es un requisito para evitar asociar una prueba diagnóstica, administrar un tratamiento o realizar una intervención quirúrgica a un paciente equivocado. Se considera una práctica segura prioritaria tanto por organismos nacionales como internacionales (Ministerio de Sanidad, Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos-ISMP, OMS, Joint Commission International). Por tanto se debe de garantizar una identificación inequívoca antes de realizar cualquier procedimiento(114–119).

### **Objetivo 1: Promover la identificación inequívoca de pacientes y recién nacido**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Establecer una sistemática que asegure a todos los niveles la correcta identificación del paciente en el momento de asignación del número de historia clínica (NHC) del centro sanitario y del código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud (CIP/ASTU).
- Implementar la “Política Institucional de identificación del paciente en centros sanitarios del Principado de Asturias” relativo a:
  - Identificación inequívoca de pacientes hospitalizados:
    1. Utilizar al menos dos identificadores: apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
    2. Existencia de un procedimiento para identificar pacientes no identificables, diferenciar aquellos con el mismo nombre y evitar que la selección incorrecta de un paciente en la historia clínica electrónica se perpetúe.
    3. Formación en la aplicación del procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes, previo a cualquier práctica asistencial.
    4. Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
  - Identificar al recién nacido, antes de salir del paritorio y en presencia de la madre, mediante la colocación de un brazalete con códigos de identificación en la muñeca derecha de la madre y el tobillo del recién nacido (izquierdo o derecho). Colocar también la pinza del cordón con el mismo código, el cual será igualmente utilizado para la hoja de identificación materno-filial y documento de registro en el juzgado.
  - Establecer un procedimiento para la asignación inicial correcta de código CIP/ASTU al recién nacido.

## Objetivo 2: Asegurar la identificación inequívoca del paciente con su documentación clínica, pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y muestras biológicas en todos los niveles asistenciales.

### Acciones a desarrollar:

- Asegurar la comprobación de la identidad del paciente previo a la realización de cualquier práctica asistencial, garantizando la trazabilidad entre “paciente correcto, procedimiento correcto y lugar correcto”.
- Asegurar la correspondencia inequívoca entre paciente y su historia clínica.
- Incorporación activa del paciente, familia y cuidadores en el proceso de identificación.
- Establecer una sistemática que permita identificar claramente a pacientes con riesgos específicos, como por ejemplo alergias.
- Realizar actividades formativas, dirigidas a los profesionales, en el procedimiento adecuado para asegurar la identificación inequívoca de los pacientes en cada proceso asistencial y, en especial, ante intervenciones o procedimientos de riesgo.
- Etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.
- Establecer una sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.

### Evaluación y seguimiento:

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

Indicadores anuales	Estándar
Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento de identificación inequívoca de pacientes y RN.	100%
Porcentaje de centros que han implantado y difundido el procedimiento para etiquetar las muestras y pruebas de imagen en el mismo momento de la obtención.	100%
Porcentaje de profesionales del área sanitaria/centro sanitario concertado que ha recibido formación en el procedimiento de identificación inequívoca en los últimos 2 años.	100%
Porcentaje de centros con sistemática que asegure que cada paciente tiene una única historia clínica abierta por centro sanitario.	100%
Indicadores semestrales	Estándar
Porcentaje de pacientes correctamente identificados por centro.	100%
Porcentaje de recién nacidos correctamente identificados por centro.	100%

## **B. Adecuación de la asistencia al paciente vulnerable.**

El progresivo envejecimiento de la población en España, y en la mayoría de los países desarrollados, es uno de los hechos de mayor trascendencia en las últimas décadas. Actualmente, la población española mayor de 65 años representa un 17%, lo que se agravará en las próximas décadas, ya que las estimaciones de las Naciones Unidas para el 2050 ponen a España en el tercer puesto de los países más viejos del mundo, con un 34,1% de población mayor, tras Japón e Italia(120). En Asturias el problema es aún mayor pues tenemos un 23% de personas mayores de 65 años, que se espera pase al 27,8% en 2023 según datos del INE.

Se sabe que, a mayor envejecimiento de la población mayor riesgo de dependencia, llegando a ser alrededor del 32% en personas mayores de 65 años y del 63% en los mayores de 85(121–123), aunque la dependencia más que con la edad tiene que ver con la existencia de enfermedades subyacentes y pérdida de reserva fisiológica(124,125).

El estado de vulnerabilidad es multifactorial y confiere un riesgo elevado para la presentación de eventos adversos(126–128). Por tanto, hay que desarrollar mecanismos que permitan la identificación de la población de riesgo y la puesta en marcha de medidas protectoras.

### **Objetivo 1: Asegurar la identificación de pacientes en situación de vulnerabilidad y adecuación de la asistencia a sus necesidades.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Definir corporativamente las situaciones de vulnerabilidad.
- Aplicar la sistemática corporativa para identificar situaciones de vulnerabilidad, la aplicación de los cuidados necesarios y su registro en la historia clínica del paciente.
- Establecer un procedimiento de identificación y actuación en su caso, para detectar las barreras que puedan interferir en la asistencia a los pacientes (físicas, idiomáticas, culturales, etc.).
- Aplicar un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable entre los distintos servicios involucrados y entre niveles asistenciales.

**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción.

La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

Indicadores anuales	Estándar
Porcentaje de áreas con procedimiento para la identificación de pacientes vulnerables implantado.	Disponible
Porcentaje de pacientes atendidos con valoración de vulnerabilidad realizada.	100%
Porcentaje de pacientes que recibieron cuidados de acuerdo a la vulnerabilidad detectada.	> 85%
Porcentaje de áreas con plan implantado para la supresión o minimización de barreras físicas, culturales, idiomáticas, etc.	>85%
Porcentaje de centros sanitarios que aplican un procedimiento que asegure la adecuada comunicación de las necesidades del paciente vulnerable tanto entre los distintos servicios involucrados como interniveles.	100%

### **C. Fomentar las buenas prácticas asociadas a los cuidados.**

Tanto en el estudio ENEAS como en el EAPAS, los cuidados ocupan el 4º lugar en la naturaleza de los eventos adversos(42,62). Otros estudios muestran que existe una clara relación entre la atención prestada por los profesionales de enfermería y la aparición de eventos adversos(129–131). Se trata de un problema de gran calado, y en el que adquiere gran importancia como se organice la prestación de cuidados para obtener buenos resultados. Los cuidados seguros constituyen un reto en las unidades asistenciales y, aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, la aplicación de unos cuidados adecuados desempeña un papel clave en la seguridad del paciente. En este apartado se incluyen las actividades dirigidas a la implementación sistematizada de prácticas seguras y de efectividad demostrada en el cuidado de los pacientes(63,132,133) (6-8).

#### **Objetivo 1: Promover la implantación en todos los niveles asistenciales de planes de enfermería adaptados a las necesidades de los pacientes.**

##### **Acciones a desarrollar:**

- Establecer una sistemática de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores sobre los cuidados y sus riesgos.
- Aplicar o en su caso implantar una sistemática que permita:
  - Prevención de caídas en los pacientes.
  - Prevención de úlceras por presión.
  - La seguridad del paciente en situación de contención mecánica y farmacológica.
  - Abordar el síndrome confusional agudo.
  - Detectar y abordar el dolor de los pacientes de una forma integral.
  - Actuar ante situaciones de emergencia grave de los pacientes.
  - Detectar y prevenir la malnutrición y deshidratación en pacientes hospitalizados, especialmente en personas ancianas.
  - Prevenir la broncoaspiración.
  - Prevenir la trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.
  - Prevenir las fugas, raptos y abandonos en el ámbito hospitalario, así como cualquier tipo de situación de abuso y/o agresión de pacientes.
  - Abordar el riesgo de suicidio.
- Desarrollar planes de cuidados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.
- Incluir en el informe de alta del paciente la evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.



**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores anuales</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas sanitarias con sistemática implantada para la información y formación a pacientes y familiares sobre los cuidados y sus riesgos.	100%
Porcentaje de caídas en pacientes hospitalizados (caídas/estancias).	< 0,5%
Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración al ingreso del riesgo de caídas.	> 98%
Porcentaje de pacientes hospitalizados con valoración del riesgo de caídas al ingreso que sufren una caída.	Monitorizar
Porcentaje de pacientes mayores de 65 años con valoración de riesgo de caídas, realizado en AP.	>80%
Número de pacientes valorados en AP con riesgo de caídas alto.	Monitorizar
Porcentaje de pacientes con riesgo de caídas evaluado en AP que reciben consejo/información sobre prevención de caídas.	100%
Prevalencia de úlceras por presión nosocomiales (3 cortes anuales).	< 3%
Porcentaje de pacientes con valoración de riesgo en UPP, en las primeras 24 horas de estancia en el hospital.	>95%
% de pacientes que con valoración de riesgo en UPP en las primeras 24 horas de estancia en el hospital, desarrollan UPP.	< 3%
Número de pacientes inmovilizados que tienen realizada valoración de riesgo de UPP en AP.	100%
Porcentaje de pacientes inmovilizados en AP para los que se ha establecido un plan de cuidados en UPP.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias que cuenta con un protocolo implantado para la atención de pacientes con contención mecánica terapéutica.	100%
Porcentaje de pacientes con contención mecánica terapéutica de acuerdo a protocolo.	Monitorizar
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor crónico.	SI
Porcentaje de áreas sanitarias con un procedimiento implantado para la detección y abordaje del dolor posoperatorio.	Si
Porcentaje de profesionales con formación y/o actualización en RCP realizada en los 2 últimos años, acorde al estamento al que pertenecen.	90%
Porcentaje de áreas sanitarias con un protocolo implantado de RCP.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con una sistemática implantada para la adecuada valoración del riesgo de malnutrición en los pacientes.	100%

Porcentaje de TEP intrahospitalarios.	Monitorizar
Porcentaje de neumonías por broncoaspiración.	Monitorizar
Porcentaje de áreas sanitarias con protocolo implantado para evitar abandonos no programados (fugas, secuestros...).	100%
Porcentaje de áreas sanitarias que cuentan con protocolo implantado para el abordaje del riesgo de suicidio.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con planes de cuidados implantados en atención domiciliaria, especialmente en la atención a pacientes inmovilizados y al final de la vida.	100%
Porcentaje de informes de alta de enfermería con evaluación de los riesgos y la aplicación de los cuidados necesarios.	100%

## **D. Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y microorganismos multirresistentes.**

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, como responsables de eventos adversos, ocuparon el tercer lugar en el estudio ENEAS y el segundo en el EAPAS. Suponen una merma en la calidad asistencial y representan una elevada morbilidad y mortalidad para los pacientes que las sufren, además de un importante incremento en el gasto sanitario. Según diversos estudios son evitables en más del 40%(42,43,62,134–136). Las IRAS se consideran hoy en día un importante problema de salud pública(137).

La OMS lanzó en 2005, dentro de la alianza mundial para la seguridad del paciente, la campaña “una atención limpia es una atención segura” centrada en la higiene de manos durante la atención sanitaria, como medida fundamental para reducir las IRAS(16).

Tanto el CDC (Centers for Disease Control and Prevention) como el ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) publicaron recomendaciones para la prevención y control de las IRAS(138,139).

En nuestro país, dentro de la estrategia nacional en seguridad del paciente, se han desarrollado diversas actividades (programa higiene de manos, bacteriemia zero, neumonía zero y otros)(140–144) y la experiencia acumulada muestra que la prevención y control de las IRAS se fundamenta en un adecuado sistema de vigilancia, la aplicación de cuidados de probada evidencia y un uso adecuado y prudente de los antibióticos. Igualmente, la experiencia también muestra que lo más adecuado es un enfoque interdisciplinar, que incluye desde la gestión y dirección de los centros, hasta los profesionales que desempeñan su actividad profesional en cada uno de los ámbitos sanitarios. Asimismo se sabe que son las estrategias multimodales específicas las más útiles en la disminución de las IRAS(145,146).

El Principado de Asturias se adhirió tanto a los programas auspiciados por la OMS como a los de la estrategia nacional y elaboró en 2011 el “sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias” (70).

Los principales tipos de IRAS están relacionados con procedimientos invasivos y son: la infección de sitio quirúrgico, la infección urinaria por catéter, bacteriemia por catéter vascular y la neumonía asociada a ventilación mecánica.

En el ámbito de las IRAS han cobrado especial relevancia los microorganismos multirresistentes(147), por lo que se hace necesaria la lucha contra la resistencia bacteriana a través de una estrategia multidisciplinar y multifacética y la comunicación temprana de brotes o nuevos patógenos(148).

### **Objetivo 1: Prevenir y controlar las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Disponer en las áreas sanitarias de una Comisión de Infecciones adaptada a la normativa vigente(149) y a las características del área sanitaria para la gestión de la infección.
- Establecer una sistemática que permita la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales (hospitalización, urgencias, sistema de atención médica urgente [SAMU] y centros de salud).
- Mantenimiento, actualización y consolidación de los protocolos autonómicos existentes:

- Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias, de aplicación en todos los centros sanitarios de atención primaria, hospital y sociosanitarios de la red sanitaria pública del Principado de Asturias, y en los privados que deseen adherirse.
- Guía de catéteres venosos centrales para enfermería.
- Guía Técnica: Limpieza, Desinfección y Esterilización en atención primaria.
- Establecer un sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS a nivel autonómico, y participar en el existente a nivel nacional, que permita seguir su evolución y comparar resultados entre centros y servicios.
- Asegurar el uso adecuado de antisépticos y desinfectantes en los centros sanitarios, y establecer criterios de bioseguridad ambiental en salas de ambiente controlado, como los quirófanos.
- Desarrollar una herramienta informática específica que permita implementar el sistema de vigilancia, prevención y control de las IRAS, de manera normalizada y sistemática para todos los dispositivos asistenciales.
- Mantener y fomentar los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero, dirigidos a disminuir y controlar la infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) y neumonía asociada a ventilación mecánica, respectivamente, en las áreas de críticos de nuestra comunidad y su expansión a otras áreas del hospital adaptándolas a sus características.
- Implantar el programa nacional para la prevención y control de la infección en el sitio quirúrgico en procedimientos seleccionados (programa infección quirúrgica zero).
- Implantar un programa de prevención de flebitis asociada a catéter venoso de inserción periférica (programa flebitis zero).
- Implantar un protocolo de prevención y control de infección de orina asociada a sonda.
- Mantener la participación en los estudios nacionales: EPINE, ENVIN-HELICS, INCLIMECC.
- Promover la prevención y control de las infecciones a los centros socio-sanitarios desarrollando guías de actuación, programas específicos y adaptando los proyectos anteriores que proceda.

## **Objetivo 2: Prevenir y disminuir las resistencias antimicrobianas.**

### **Acciones a desarrollar:**

- Implantar programas de optimización de antimicrobianos en todos los dispositivos de nuestra comunidad.
- Elaborar y difundir periódicamente el mapa de resistencias y sensibilidad a antibióticos.
- Definir criterios de aislamiento (hospital, domiciliario, ambulancias, etc.) y aplicar medidas que permitan el control de la difusión de microorganismos multirresistentes.
- Adaptar e implantar el Proyecto Resistencia Zero, dirigido a disminuir la tasa de pacientes con microorganismos multirresistentes en las áreas de críticos de nuestra comunidad.

- Difundir buenas prácticas de prescripción en patologías infecciosas que precisen tratamiento antibiótico empírico, y establecer una guía terapéutica para el uso correcto de antibióticos adaptada al área sanitaria (atención primaria y atención hospitalaria).

### Evaluación y seguimiento:

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. Cada programa tiene indicadores específicos y su evaluación se hará en función de los mismos. La evaluación global se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

Indicadores anuales	Estándar
Prevalencia global de la infección en el hospital (EPINE).	≤ al estándar de su grupo
Porcentaje de camas con PBA en la habitación.	> 85%
Porcentaje de centros de AP con PBA en envases de bolsillo para la atención domiciliaria.	> 85%
Consumo anual de preparados de base alcohólica en hospitalización.	Monitorizar
Consumo anual de preparados de base alcohólica en atención primaria.	Monitorizar
Porcentaje de hospitales con un sistema de bioseguridad implantado en las salas de ambiente controlado, como los quirófanos.	100%
Densidad de incidencia de bacteriemia primaria y relacionada con catéter (ENVIN-HELICS).	< 4/1000 días CVC
Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) (ENVIN-HELICS).	<9/1000 días VM
Densidad de incidencia de infección de orina en pacientes sondados (ENVIN-HELICS).	< 4/1000 días SU
Incidencia acumulada de infección del sitio quirúrgico/bacteriemia asociada a infección del sitio quirúrgico en los procesos seleccionados.	<Histórico
Porcentaje de dispositivos con sistemática para la detección y el tratamiento precoz de pacientes con sepsis, sepsis grave o shock séptico en todos los niveles asistenciales.	100%
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Bacteriemia Zero.	100%
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Neumonía zero.	100%
Porcentaje de centros con implantación del proyecto resistencia Zero.	100%
Porcentaje de centros con extensión del Proyecto Bacteriemia Zero a otras áreas.	100%

Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Infección Quirúrgica Zero.	100%
Porcentaje de centros con implantación del Proyecto Flebitis Zero.	100%
Porcentajes de centros con implantación de un Protocolo de Prevención y Control de Infección de Orina Asociada a Sonda.	100%
Porcentaje de centros socio-sanitarios con un plan de prevención y control de IRAS.	> 80%
Porcentaje de áreas con existencia y difusión de una guía de uso adecuado de antibióticos.	Disponible
Porcentaje de pacientes con adecuación de profilaxis quirúrgica.	> 90%
Prevalencia global del uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados (EPINE).	Monitorizar
Porcentaje de áreas con elaboración y difusión del mapa de resistencias y sensibilidades microbianas.	Disponible
Porcentaje de centros con política de antibióticos de uso restringido.	100%
Porcentaje de centros con planes de formación específica en antibióticos.	100%
Porcentaje de pacientes con antibióticos intravenosos y dieta oral.	Monitorizar
Porcentaje de centros con alertas diarias de pacientes con más de 7 días de tratamiento antibiótico de amplio espectro.	100%
Porcentaje de pacientes con más de 30 días de tratamiento antibiótico.	Monitorizar

## E. Mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos.

Dentro de los eventos adversos, los relacionados con la medicación ocupan los primeros lugares. En España los estudios ENEAS y APEAS y en Asturias el EAPAS así lo confirman, mostrando que los medicamentos son los responsables de más del 37% de los eventos adversos en los hospitales y del 47% en pacientes ambulatorios. Además su evitabilidad es mayor del 30%. La aparición de eventos adversos relacionados con la medicación (EAM) conlleva un aumento de la estancia media, de la morbimortalidad, es causa de ingreso hospitalario en porcentajes variables y suponen un importante incremento del coste de la asistencia sanitaria(150–154). Esto ha llevado a las principales organizaciones de salud, OMS y Unión Europea, a agencias y organismos internacionales, como Agency for Health care Research and Quality y la National Patient Safety Agency (NPSA), y a la OCDE a publicar recomendaciones dirigidas a mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos(25,33,155,156).

Son varias las estrategias que han demostrado utilidad en la mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos. La prescripción electrónica es una de las principales herramientas, sobre todo si va unida a sistemas de ayuda en la toma de decisiones(157–159). La conciliación de la medicación resulta especialmente útil durante las transiciones asistenciales y en los pacientes polimedicados, evitando duplicidades, omisiones e interacciones(160–169). Los denominados medicamentos de alto riesgo son responsables de un número importante de eventos adversos relacionados con la medicación, por lo que deben de ser identificados para la posterior implementación de procedimientos que permitan su manejo seguro(56). También juegan un papel fundamental la evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de medicamentos(52,54) y la formación a pacientes y familiares en el manejo de los fármacos que les fueron prescritos.

Finalmente, cuando se produce un evento adverso relacionado con la medicación es esencial, para evitar su repetición, el análisis y la difusión de las lecciones aprendidas al resto del sistema.

### Objetivo 1: Analizar los sistemas de utilización de medicamentos en el hospital.

#### Acciones a desarrollar:

- Realizar una autoevaluación periódica por un grupo multidisciplinar de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos en los hospitales siguiendo el cuestionario ISMP(92).
- Aplicar al menos un proyecto de mejora resultante de la evaluación anterior.

### Objetivo 2: Minimizar los riesgos relacionados con el uso de medicamentos.

#### Acciones a desarrollar:

- Establecer corporativamente el listado y guía de uso de los medicamentos de alto riesgo según nivel asistencial.
- Implementar a nivel asistencial la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.
- Poner a disposición de los profesionales información terapéutica accesible que facilite la prescripción, con especial atención a pacientes pediátricos.
- Mantener y potenciar corporativamente los sistemas de prescripción electrónica:
  - Desarrollar sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

- Integrar estos sistemas en los sistemas de información del centro sanitario y hacerlos accesibles a los profesionales implicados en la atención del paciente.
- Favorecer la prescripción por principio activo.
- Establecer una sistemática que asegure la trazabilidad entre el paciente y la medicación prescrita, especialmente en el caso de vacunas y medicamentos biológicos.
- Desarrollar programas de información y formación a pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación, con especial énfasis en pacientes pediátricos, dependientes, crónicos y polimedicados.
- Establecer una sistemática común (atención primaria y hospitalaria) para el registro de alergias a medicamentos en la historia clínica electrónica y en todos los sistemas de documentación y comunicación sobre medicamentos. Las alergias registradas deben de estar disponibles para todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes.
- Implantar un procedimiento para realizar la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales que se definan, con especial interés en pacientes crónicos y polimedicados.
- Establecer una sistemática para la revisión periódica de pacientes polimedicados.

### **Objetivo 3: Fomentar la notificación de incidentes relacionados con la medicación.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Difundir y fomentar entre los profesionales los sistemas disponibles para la notificación de incidentes relacionados con la medicación (Farmacovigilancia [RAM] y SINASP).
- Análisis y evaluación por los equipos de seguridad del paciente de los incidentes notificados y difusión de las recomendaciones para evitar los errores más frecuentes o graves.



**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores anuales</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de hospitales con autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de medicamentos realizada y la implantación de, al menos, un plan de mejora.	100%
Porcentaje de áreas con implantación de la guía de uso de los medicamentos de alto riesgo establecida corporativamente.	100%
Número de actividades formativas en prescripción pediátrica realizadas en el último año.	Monitorizar
Numero de sistemas de ayuda a la prescripción integrados en la prescripción electrónica.	Monitorizar
Porcentaje de áreas que han desarrollado actividades de información y formación a los pacientes, familiares y cuidadores en el uso seguro de la medicación.	100%
Porcentaje de pacientes revisados en el programa de atención a pacientes con polimedicación.	> 30%
Porcentaje de áreas sanitarias y centros sanitarios concertados donde se aplica un procedimiento de conciliación terapéutica en los pacientes y las situaciones definidas.	100%
Porcentaje de pacientes conciliados al alta/ingreso hospitalario.	Monitorizar
Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos por cada 1000 habitantes.	>1,5‰

## **F. Mejorar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.**

La cirugía es una parte esencial de la atención médica. El tratamiento de muchas enfermedades la incluye, lo que la convierte en un acto muy frecuente (más de 4,5 millones de intervenciones al año en España). Por otra parte, se han hecho habituales procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos que entrañan riesgos. Esto hace que la cirugía y la realización de dichos procedimientos sean uno de los campos con mayor repercusión sobre la seguridad de los pacientes. Según datos de la OMS(17), en países industrializados las complicaciones tras cirugía mayor ocurren entre el 3-22% de los pacientes ingresados, con resultado de incapacidad o muerte entre 0,4-0,8%, siendo prevenibles hasta el 50%(170). En España, en el estudio ENEAS el 41,3% de los eventos adversos tuvieron lugar en servicios quirúrgicos, de los cuales más del 24% fueron graves. En el estudio EPINE de 2013 el 22,5% de las infecciones nosocomiales ocurrieron en servicios quirúrgicos con una prevalencia del 6,48%.

En 2007, la alianza mundial para la seguridad del paciente de la OMS lanzó el segundo reto por la seguridad del paciente(171): “La cirugía segura salva vidas”, que incluía una serie de recomendaciones para realizar cirugía segura. Basado en estas recomendaciones se publicó el listado de verificación quirúrgica. Posteriormente hubo actualizaciones tanto de las recomendaciones como del listado y el manual de implementación(172,173). En 2010, la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, en el seno de la estrategia nacional para la seguridad del paciente, adaptó dicho listado para intervenciones quirúrgicas y procedimientos de riesgo(64). Varios trabajos(174–179) han demostrado que la implementación efectiva del listado de verificación quirúrgica reduce la mortalidad y morbilidad y mejora la eficiencia del proceso quirúrgico. Por otra parte, también se sabe que la seguridad en las áreas quirúrgicas mejora si existe ambiente de trabajo en equipo. Así, en el trabajo de Neily et al se observó una asociación entre la participación en un programa de formación de trabajo en equipo y la disminución de la mortalidad quirúrgica(180).

A pesar de estos datos, aún no se consiguió la plena implantación de estas herramientas, por lo que en 2014 el listado de verificación quirúrgica se incluyó dentro “The European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)” (35). Hoy sigue siendo necesario continuar con su impulso, así como con las recomendaciones de la declaración del Helsinki de seguridad del paciente en anestesiología(181).

### **Objetivo 1: Garantizar la seguridad de los pacientes en las intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Establecer una sistemática que asegure la implantación y uso adecuado del protocolo autonómico existente “Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo”.
- Desarrollar corporativamente e implantar en las áreas sanitarias un procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.
- Implantar las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.

## Objetivo 2: Fomentar el desarrollo y entrenamiento de las habilidades de trabajo en equipo de los profesionales quirúrgicos.

### Acciones a desarrollar:

- Desarrollar acciones formativas dirigidas a conseguir un trabajo en equipo y comunicación efectivos en el área quirúrgica y durante las transiciones, especialmente en pacientes graves.

### Evaluación y seguimiento:

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

Indicadores anuales	Estándar
Porcentaje de pacientes intervenidos en cirugía programada con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.	100%
Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía urgente con ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.	100%
Porcentaje de pacientes intervenidos de cirugía programada sin ingreso a los que se les ha aplicado correctamente la lista de verificación de la seguridad quirúrgica.	100%
Porcentaje de listados de verificación de la seguridad quirúrgica en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata.	Monitorizar
Mortalidad postoperatoria.	Monitorizar
Porcentaje de centros con implantación de las recomendaciones de la declaración de Helsinki sobre seguridad del paciente en anestesiología.	Monitorizar
Porcentaje de acciones formativas para fomentar el trabajo en equipo y la comunicación efectiva.	Monitorizar
Porcentaje de centros con sistemática establecida para las transiciones de los pacientes desde el área quirúrgica.	100%
Porcentaje de centros de atención primaria con implantación del procedimiento de verificación para cirugía menor y otros procedimientos de riesgo en atención primaria.	100%

## G. Optimizar el uso de los procedimientos con radiaciones ionizantes.

Las pruebas radiológicas y los tratamientos con radiaciones ionizantes han supuesto un enorme beneficio para los pacientes. Pero su uso no está exento de riesgos, especialmente en los más pequeños. Su popularidad y eficacia hace que en muchas ocasiones se utilicen pruebas radiológicas de forma innecesaria. Según datos de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) hasta el 30% de las pruebas realizadas son innecesarias y en un estudio presentado en la reunión anual de 2014 de la “Radiological Society of North America” (RSNA) realizado en la Clínica Mayo por Packard Ann y Kristen B. Thomas, en el que analizaron los datos de 719 radiografías de tórax pediátricas realizadas entre 2008 y 2014, vieron que en el 88% de los casos la prueba no alteró el tratamiento inicial. La radiación de origen médico es actualmente la principal causa de exposición artificial de la población a la radiación(182). Esto ha llevado a que diversas organizaciones internacionales (OMS y Organismo Internacional de Energía Atómica) hayan promovido planes de protección radiológica en el sector sanitario(183,184) y, a nivel nacional, se hayan desarrollado líneas estratégicas específicas, siguiendo las directivas europeas y la reglamentación nacional(185–190).

Actualmente, dentro del proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” promovido por el MSSSI, la SERAM ha publicado 5 recomendaciones de no hacer(191), aunque en su página dispone de un documento más amplio para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes que recoge un número mayor de pruebas(192).

### Objetivo 1: Optimizar la solicitud de pruebas diagnósticas con radiaciones ionizantes en pediatría y adulto joven (<25 años).

#### Acciones a desarrollar:

- Desarrollar acciones informativas sobre el uso de pruebas radiológicas en edad pediátrica y adulto joven, dirigidas al médico solicitante.
- Establecer y difundir una guía de indicaciones por especialidad y patología para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, especialmente en edad pediátrica y adulto joven, especificando la dosis media de radiación que recibirá el paciente por cada prueba realizada.
- Difundir las recomendaciones de la Sociedad Española de Radiología (SERAM) de “no hacer” dentro del proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”:
  - No hacer radiografía simple de abdomen en el niño y adolescente de forma rutinaria con dolor abdominal agudo, salvo sospecha de obstrucción o perforación intestinal.
  - No hacer Tomografía Computarizada ni Resonancia Magnética en niños con convulsión febril simple.
- Implantar un procedimiento para la optimización de la radiación en Tomografía Computarizada y radiología intervencionista.
- Difundir información a solicitantes y a la comunidad dirigida a minimizar el uso de pruebas radiológicas en odontología infantil.

**Objetivo 2: Promover la seguridad del paciente y profesionales en los procedimientos con radiaciones ionizantes.**

**Acciones a desarrollar:**

- Asegurar que en los centros asistenciales, que así lo requieran, implanten un programa de garantía de calidad y protección radiológica, que incluya las medidas fundamentales y las recomendaciones para la protección radiológica de pacientes y profesionales, así como la notificación de incidentes y el análisis de riesgos. Afecta a aquellos servicios que utilicen radiaciones ionizantes tanto para pruebas diagnósticas como para radioterapia.
- Implementar un procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo que garantice el estado adecuado del aparataje y la menor radiación ionizante posible en los procedimientos.
- Establecer un procedimiento de seguimiento en pacientes que han recibido altas dosis de radiaciones en procedimientos intervencionistas.
- Establecer una sistemática que permita incluir en los informes de radiología la dosis recibida y en la historia clínica electrónica la dosis acumulada.

**Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores anuales</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de pediatras en el área que al menos han participado en una acción formativa sobre el uso de pruebas radiológicas en los últimos 5 años.	100%
Porcentaje de áreas que han difundido la guía para la solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen con radiaciones ionizantes.	100%
Porcentaje de áreas con difusión a los profesionales de las recomendaciones de “no hacer” de la SERAM.	100%
Porcentaje de Servicios de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear que han realizado al menos un curso de formación continuada en materia de protección radiológica.	100%
Porcentaje de servicios con radiología intervencionista que disponen de protocolo de uso de niveles de referencia y seguimiento de pacientes en caso de haber recibido altas dosis de radiación.	100%
Existencia e implementación evaluada del Programa de Garantía de Calidad y Protección Radiológica.	Disponible
Existencia de una guía de recomendaciones de protección a pacientes en procedimientos radiológicos y de medicina nuclear.	Disponible
Existencia de un sistema de control y prevención de la radiación, especialmente en población infanto-juvenil y durante el embarazo y lactancia.	Disponible
Existencia de criterios de calidad y seguridad en Radioterapia para asegurar la optimización del tratamiento de Radioterapia y protección radiológica de pacientes.	Disponible
Porcentaje de historias clínicas con sistema de control de dosis de radiación recibida.	Monitorizar

## H. Seguridad transfusional.

En Asturias, en 2014, se realizaron 41.104 donaciones de sangre y se transfundieron 52.413 componentes sanguíneos. El nivel de seguridad alcanzado, tanto en la donación de sangre como en la transfusión, es muy alto. Sin embargo, el riesgo 0 no existe(193,194). Aunque se ha demostrado que dónde hay una mayor incidencia de eventos adversos graves es en el acto transfusional, los incidentes y eventos adversos no graves en los donantes no deben de ignorarse, pues ellos son un elemento clave en el sistema transfusional. Los principales eventos adversos graves relacionados con la transfusión son las reacciones hemolíticas de causa inmunológica, las complicaciones pulmonares y los incidentes relacionados con la contaminación de los componentes sanguíneos (de 0,01 a 1 contaminación bacteriana por cada 10.000 unidades según se trate de componentes eritrocitarios o plaquetarios, respectivamente). Es de reseñar que un elevado número de estos eventos adversos, especialmente de las reacciones hemolíticas por incompatibilidad ABO, son debidas a errores en identificación de muestras, personas y/o documentos. Siguiendo la legislación vigente, estos potenciales incidentes y eventos adversos deben de estimarse con el fin de tomar las medidas necesarias para minimizarlos(72,195–201). También hay que tener presente que, una de las medidas más seguras para disminuir los incidentes y eventos adversos consiste en tener una política transfusional que optimice las indicaciones y evite transfusiones innecesarias(202,203).

### **Objetivo 1: Minimizar el riesgo sanitario asociado a todas las fases del proceso de donación y transfusión de hemocomponentes.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Elaborar e implantar un protocolo corporativo de seguridad transfusional.
- Establecer un procedimiento corporativo para el uso óptimo de componentes sanguíneos.
- Mantener en todos los centros el Sistema de Hemovigilancia implantado en el Principado de Asturias.

### **Objetivo 2: Garantizar el suministro de componentes sanguíneos para todos los pacientes médicos y quirúrgicos mejorando el grado de información entre el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos, las Instituciones Sanitarias y los hospitales.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Elaborar un sistema de información “on line” que permita conocer a los centros sanitarios el número de componentes sanguíneos almacenados en el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias, y que incluya niveles de alerta que puedan afectar al suministro de los mismos.
- Establecer una sistemática que permita conocer al Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias la programación extraordinaria de los hospitales con el fin de poner en marcha medidas de promoción de la donación en situación de alerta.

### Evaluación y seguimiento:

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores anuales</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas con protocolo de seguridad transfusional implantado.	100%
Porcentaje de áreas con procedimiento para uso óptimo de componentes sanguíneos difundido entre los profesionales.	100%
Porcentaje de centros hospitalarios con notificación al Sistema de Hemovigilancia.	100%
Porcentaje de áreas con Comisión de Hemoterapia constituida y funcionante.	100%
Existencia de informe anual de hemovigilancia evaluado.	Disponible
Número de intervenciones suspendidas o reprogramadas por falta de sangre.	0



## I. Disminuir variabilidad clínica e intervenciones innecesarias.

En la práctica clínica es habitual encontrarse con distintas opciones terapéuticas ante un mismo problema de salud, y no siempre se dispone de información independiente y suficiente sobre la efectividad y eficiencia de los distintos procedimientos, lo que provoca incertidumbre entre los profesionales. A esto se suma el efecto de la variabilidad en la oferta de servicios sanitarios entre distintas áreas geográficas(204–206). Los dos elementos anteriores conforman el denominado “estilo de práctica profesional”, que es considerado el determinante fundamental de la variabilidad en la práctica clínica. Esta variabilidad se traduce en una desigualdad de dotación o de utilización de los diferentes recursos sanitarios entre distintas áreas geográficas o entre niveles asistenciales. No es un problema nuevo, ya es conocido desde los años 30 del siglo pasado(207), y desde entonces hasta la actualidad se publicaron abundantes trabajos que muestran esta variabilidad, tanto a nivel internacional como nacional, y que no se justifica por diferencias de salud entre las poblaciones(208–218).

En un sistema público como el nuestro, esto produce inequidad y habitualmente sobreutilización injustificada de recursos(219–221).

En este contexto hubo distintas iniciativas para disminuir la variabilidad y promover un uso racional de recursos, como el “Do not do recommendations” de NICE o el “Choosing wisely” en Estados Unidos y Canadá, entre otros. En nuestro país, promovido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se está desarrollando el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, que se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias, y como objetivos secundarios se han marcado los siguientes: a) Evitar la iatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias, b) Disminuir la variabilidad en la práctica clínica, c) Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados, d) Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

Además de los objetivos definidos anteriormente, este proyecto promueve la colaboración y el trabajo conjunto de las Sociedades Científicas de nuestro país para la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria(222).

En Asturias, se llevó a cabo un importante trabajo en este sentido, con la elaboración de los Programas Clave de Atención Interdisciplinar (PCAIS)(223), y la homogeneización de los formularios en las historias clínicas en atención primaria con la implantación de Planes Personales Jerárquicos en todo el SESPA en 2010 y actualizados en 2015.

### **Objetivo 1: Disminuir la variabilidad clínica reduciendo el número de intervenciones sanitarias innecesarias**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Seleccionar las recomendaciones de las sociedades científicas, dentro del proyecto “Compromiso por la calidad de las sociedades científicas”, en función del tipo de centro sanitario.
- Difundir entre profesionales y usuarios las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.
- Promover la aplicación de las recomendaciones que apliquen al centro sanitario.

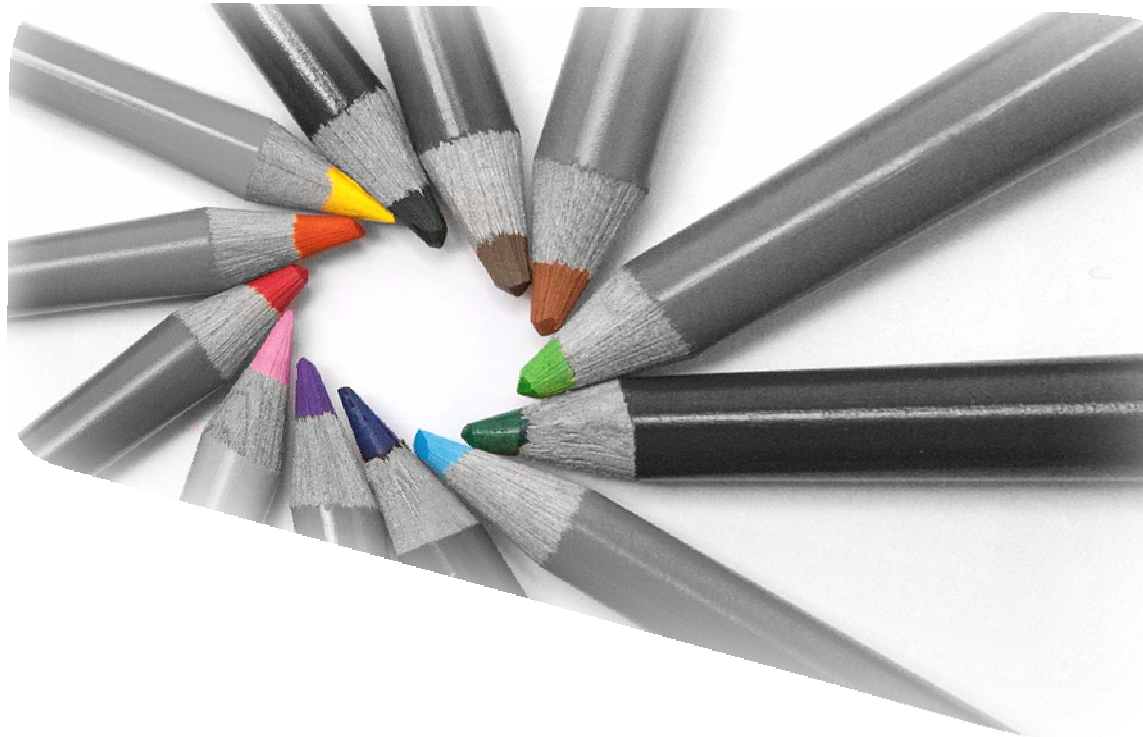
- Desarrollar una sistemática que permita el desarrollo y permanente actualización de los distintos Programas Clave de Atención Interdisciplinar elaborados.

### **Evaluación y seguimiento:**

El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

<b>Indicadores anuales</b>	<b>Estándar</b>
Porcentaje de áreas con recomendaciones seleccionadas y difundidas entre profesionales y usuarios.	100%
Porcentaje de PCAIS con grupo de trabajo corporativo para su actualización continúa.	100%
Porcentaje de áreas con grupos de trabajo que evalúen la adecuación de sus procedimientos a los PCAIS.	100%

## Línea de trabajo 7. Gestión de riesgos





## Gestión de Riesgos.

Como sabemos en la asistencia sanitaria se producen eventos adversos y con frecuencia producen daño físico o psicológico.

En la gestión de riesgos se está prestando considerable atención a la prevención del daño. Esto debe continuar así, pero a pesar de todo se produce una elevada tasa de incidentes y eventos adversos, por tanto, eso no basta como única estrategia. Toda organización debe anticiparse y planificar su respuesta a los eventos adversos serios que no han podido prevenirse.

La Organización Mundial de la Salud contempla como primer paso la identificación, registro y aprendizaje de los riesgos asociados a la asistencia sanitaria, igual que otros organismos internacionales, lo que llevó al desarrollo de sistemas de notificación en la mayoría de los países de nuestro entorno(224).

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad estableció en 2005 el marco teórico y las características que deben de satisfacer este tipo de registros(225), con diversas actualizaciones(226–228). Estos sistemas nos dan la oportunidad de aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores, pero las reticencias de los profesionales a notificar por posibles consecuencias legales y punitivas, influyen negativamente en la calidad y potencial de aprovechamiento de los sistemas de notificación. Es, por tanto, necesario conseguir la sensibilización suficiente que permita crear mecanismos de protección a los notificantes, y promover las notificaciones, que en nuestro caso será a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente promovido a nivel nacional por el MSSSI(59).

El hecho de que estos eventos adversos ocurran no diferencia a las organizaciones sanitarias, pues por desgracia, se dan en todas. Lo que sí las diferencia, en la crisis que surge, es su cultura de seguridad, el papel de la dirección y la existencia de una respuesta planificada que satisfaga las necesidades de los pacientes, los profesionales y la organización.

En este contexto, hay dos aspectos prioritarios: uno, atender las necesidades e intereses del paciente que sufre un evento adverso y de su familia (primera víctima); dos, el profesional sanitario implicado en el evento adverso que queda traumatizado por esa experiencia (segunda víctima); y sin olvidar la reputación de la institución.

Cuando se produce un evento adverso, especialmente si es grave, los pacientes y sus familiares deben ser apoyados por la organización, recibir información adecuada de las circunstancias en que ocurrió, así como de las consecuencias y de las acciones a desarrollar para responder a sus necesidades(229–234).

Los profesionales sanitarios implicados en el evento adverso deben contar con soporte institucional para poder informar abiertamente de lo sucedido, y recibir apoyo para su integración en la labor asistencial sin secuelas. En nuestro país, a partir de los datos de incidencia de eventos adversos encontrados en los estudios ENEAS y APEAS, cabe esperar que hasta un 15% de la plantilla de profesionales sanitarios se vea involucrado anualmente en un evento adverso. Las estimaciones de prevalencia a nivel internacional fluctúan dentro de una amplia horquilla (15-43%).

Las respuestas vistas en los profesionales involucrados en un evento adverso se caracterizan por: a) en algunos casos, alteración de la capacidad para la toma de decisiones clínicas; b) su modo de práctica se vuelve inseguro en más de la mitad de los casos; c) su situación afectiva se ve alterada y d) muestran dudas sobre su criterio profesional, lo que afecta a la calidad de la atención que brindan a otros pacientes(235–239).

Lo anteriormente expuesto aconseja un abordaje proactivo del problema, con una estrategia integral que consiga equilibrar las necesidades del paciente (primera víctima), de los profesionales (segunda víctima) y de la organización (tercera víctima), de modo que se produzca

la reparación más adecuada y la organización recupere su prestigio y aprenda de lo ocurrido para evitar su repetición(240,241).

### **Objetivo 1: Identificar riesgos asociados a la asistencia sanitaria**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Implantar en las áreas sanitarias el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP) de incidentes relacionados con la asistencia sanitaria.
- Identificar todas las fuentes de información (además del SINASP) relacionadas con la seguridad del paciente de las que disponga el área sanitaria (reclamaciones, auditorías clínicas, registros, etc.) y establecer una sistemática de análisis y seguimiento de las mismas.
- Formar a los profesionales para la adecuada notificación.
- Fomentar y favorecer la comunicación de incidentes en el área sanitaria/centros sanitarios concertados.
- Promover el desarrollo de normativa orientada a la protección de quien notifica.

### **Objetivo 2: Prevenir los riesgos asociados a la asistencia sanitaria y gestionar los no evitados, minimizando sus consecuencias.**

#### **Acciones a desarrollar:**

- Implantar medidas tendentes a controlar los riesgos potenciales detectados mediante el análisis y seguimiento de las fuentes de información relacionados con la seguridad del paciente, y establecer planes de contingencia para ser aplicados en caso de exposición a los mismos.
- Implantar las prácticas seguras que en cada momento se establezcan de forma corporativa.
- Gestionar la respuesta y análisis de los incidentes y eventos adversos no evitados (SINASP y demás fuentes).
- Definir y listar de forma corporativa los eventos que se van a considerar eventos centinela.
- Retroalimentar periódicamente a profesionales, equipos directivos, etc. con el fin de aprender de los incidentes y eventos adversos no evitados: informes con las medidas propuestas y la efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.
- Fomentar y dar apoyo al diseño de programas de seguridad específicos en los servicios hospitalarios y centros de atención primaria.

### **Objetivo 3: Favorecer el abordaje de los efectos adversos graves en los centros asistenciales**

- Elaborar un plan corporativo para la gestión de eventos adversos graves y eventos centinela (planes de crisis) que tenga en cuenta al paciente (primera víctima), a los profesionales implicados (segunda víctima), a la institución (tercera víctima) y como

trasmitir la información al paciente y familiares, a la institución y a los medios de comunicación, con el fin de satisfacer las necesidades de todas las partes implicadas.

- Implementar en las áreas sanitarias/centros sanitarios concertados el plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.
- Incluir acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.
- Establecer un sistema corporativo de alertas en seguridad del paciente y el plan de contingencia a aplicar.

### Evaluación y seguimiento:

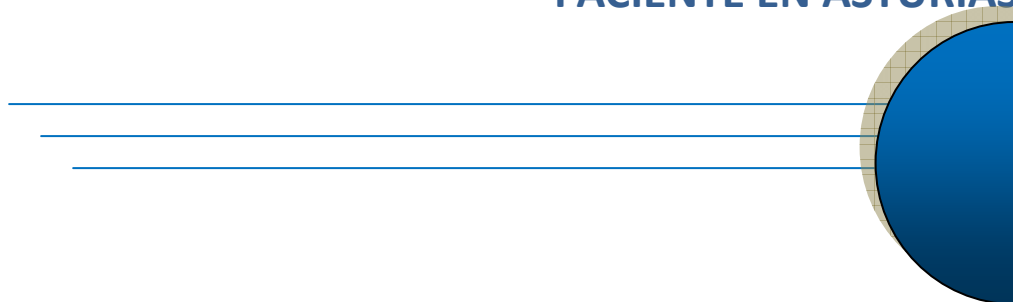
El seguimiento se hará en función de la operatividad establecida para cada acción. La evaluación se hará anualmente y mediante los indicadores propuestos.

Indicadores anuales	Estándar
Porcentaje de áreas sanitarias con el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente implantado.	100%
Porcentaje de profesionales formados en el sistema de notificación.	> 80%
Número de notificaciones recibidas en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.	Monitorizar
Porcentaje de áreas con implantación del plan corporativo de gestión de eventos adversos graves y eventos centinela.	100%
Número de acciones formativas para gestores y profesionales sanitarios sobre la atención a pacientes y profesionales implicados en un evento adverso grave y eventos centinelas.	Monitorizar
Porcentaje de áreas con informe trimestral que incluya eventos adversos no evitados, acciones tomadas para corregirlos y efectividad de las mismas e informes descriptivos de los casos locales.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias con sistema de alertas en seguridad del paciente establecido.	100%
Porcentaje de áreas sanitarias que tienen establecidas las fuentes de información relacionadas con la seguridad del paciente.	100%
Porcentaje de notificaciones SAC 1/2 con respuesta menor a 15 días.	100%





**5. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, SEGUIMIENTO Y  
EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN ASTURIAS**





## 5. Estructura organizativa, seguimiento y evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias

### 5.1 Estructura organizativa

Uno de los elementos claves para una correcta implantación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias es tener una estructura organizativa que favorezca el engranaje entre los diferentes niveles: político, estratégico y operativo.

La Consejería de Sanidad planifica y elabora la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias, garantizando la coherencia de la misma con el desarrollo de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad.

Corresponde al Servicio de Salud y a los centros concertados dotarse de la estructura operativa necesaria para la correcta implementación de la misma a nivel asistencial.

Es imprescindible una adecuada coordinación entre los Servicios Centrales de la Consejería y del Servicio de Salud del Principado de Asturias que evite duplicidades y garantice una correcta alineación y homogenización con el trabajo operativo que se desarrollará desde las Áreas Sanitarias.

Para el **seguimiento y la evaluación**, la Estrategia de Seguridad del Paciente cuenta con los siguientes órganos:

- Comisión de Seguimiento de la Seguridad del Paciente en Asturias.
- Ponencia Técnica para la Seguridad del Paciente en Asturias.
- Comité de Coordinación entre Áreas Sanitarias.
- Comité de Coordinación con Centros Concertados.

#### Comisión de seguimiento de la Seguridad del Paciente en Asturias

- Estará presidida por la Dirección General de la Consejería de Sanidad responsable de la seguridad del paciente y por la Dirección Asistencial del SESPA.
- La coordinación del Comité corresponde al Jefe/a del Servicio responsable de la seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad.
- Además formarán parte del mismo los responsables de la seguridad del paciente de la Consejería de Sanidad y el SESPA y una persona de cada una de las otras Direcciones Generales, sin perjuicio de la inclusión de otros miembros que se acuerde.
- Directamente de la Comisión de Seguimiento dependerá la Ponencia Técnica, como espacio que articule el trabajo de la Comisión de Seguimiento (nivel estratégico) con el de las Comisiones de Coordinación (encargadas de hacer operativa la Estrategia).

**Las funciones de la Comisión de Seguimiento de la Seguridad del Paciente en Asturias serán:**

- Aprobar el informe de evaluación anual presentado por la Ponencia Técnica para la Seguridad del Paciente y garantizar su difusión entre profesionales y población general.
- Revisar anualmente la Estrategia de Seguridad del Paciente de acuerdo a los objetivos y actividades marcadas así como la actualización de las mismas, según el desarrollo alcanzado e indicadores de evaluación.
- Priorizar las líneas de trabajo y prácticas seguras a implantar.
- Ejercer una labor de coordinación entre la estructura política (Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad) y la técnica para garantizar la coherencia de la Estrategia de Seguridad.
- Aprobar todas aquellas medidas correctoras o de mejora que se consideren necesarias teniendo en cuenta los puntos anteriores.

**Ponencia Técnica para la Seguridad del Paciente en Asturias**

- La coordinación de la Ponencia corresponde al/la responsable de seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad.
- Formarán parte de ella los responsables de seguridad del paciente de la Consejería de Sanidad y del SESPA, sin perjuicio de la inclusión de otros miembros que se acuerde.

**Las funciones de la Ponencia Técnica para la Seguridad del Paciente en Asturias serán:**

- Monitorizar el desarrollo de la implantación como elemento clave para el despliegue de la Estrategia de Seguridad a nivel asistencial.
- Decidir los indicadores que formarán parte del cuadro de mando de la estrategia y los que se trasladarán al Observatorio de Salud en Asturias.
- Revisión cuatrimestral de la evolución de las actividades, indicadores y dificultades de implantación en las áreas sanitarias.
- Elaborar un informe anual de evaluación a elevar a la Comisión de Seguimiento.
- Ejercer una labor de coordinación técnica para garantizar una correcta implementación de la Estrategia de Seguridad.
- Proponer todas aquellas medidas correctoras o de mejora que se consideren necesarias teniendo en cuenta los puntos anteriores.

**Comité de Coordinación entre Áreas**

- La coordinación del comité corresponde al/la responsable de seguridad del paciente en el SESPA.
- Formarán parte del mismo los responsables de seguridad del paciente de la Consejería de Sanidad, del SESPA y los responsables de seguridad del paciente en las áreas sanitarias.

**Las funciones del Comité de Coordinación entre áreas serán:**

- Promover y coordinar la implementación de la estrategia de seguridad en las áreas sanitarias.
- Identificar barreras que impidan el despliegue de la estrategia de seguridad y proponer medidas tendentes a superarlas.
- Decidir la retroalimentación a realizar a profesionales, organización y pacientes en lo relativo a la seguridad del paciente.
- Asesorar a la Dirección del SESPA en lo relativo a la seguridad del paciente.
- Definir las acciones transversales a desarrollar, decidiendo los grupos de trabajo “ad hoc” que sean necesarios.

**Comité de Coordinación con los Centros Concertados**

- La coordinación del comité corresponde al/la responsable de seguridad del paciente en el SESPA.
- Formarán parte del mismo los responsables de seguridad del paciente de la Consejería de Sanidad, el SESPA y los responsables de seguridad del paciente en los centros concertados.

**Las funciones del Comité de Coordinación con centros concertados serán:**

- Promover y coordinar la implementación de la estrategia de seguridad en los centros concertados.
- Identificar barreras que impidan el despliegue de la estrategia de seguridad y proponer medidas tendentes a superarlas.
- Decidir la retroalimentación a realizar a profesionales, organización y pacientes en lo relativo a la seguridad del paciente.
- Asesorar a la Dirección de los centros concertados en lo relativo a la seguridad del paciente.

**Organización en el Área Sanitaria y en los Centros Concertados:**

**I. Organización en el Área Sanitaria:**

Cada área sanitaria contará con un **Equipo de Gestión de la Seguridad del Paciente** que estará coordinado por el **responsable de seguridad del paciente del área sanitaria**.

La composición de este equipo vendrá determinada por las necesidades específicas de cada área sanitaria.

A nivel local, cada centro de salud, servicio hospitalario, unidad y área de gestión clínica y demás dispositivos asistenciales, contarán con un **responsable local de seguridad del paciente**, que ejercerá las funciones de vehiculizar, armonizar y coordinar las acciones en seguridad del paciente en su ámbito de actuación.

El responsable de seguridad del paciente del área sanitaria ejercerá las funciones de coordinación de los responsables locales de seguridad del paciente. Del mismo modo será el representante del área sanitaria en el Comité de Coordinación entre áreas.

## **II. Organización en los Centros concertados:**

Los centros sanitarios concertados deberán contar con la estructura operativa suficiente para dar cumplimiento a la Estrategia de Seguridad del Paciente, en el ámbito de sus competencias.

En este sentido se sugiere la constitución de un **Equipo de Gestión de la Seguridad del Paciente**, en la misma línea que los que se constituirán en las áreas sanitarias del SESPA.

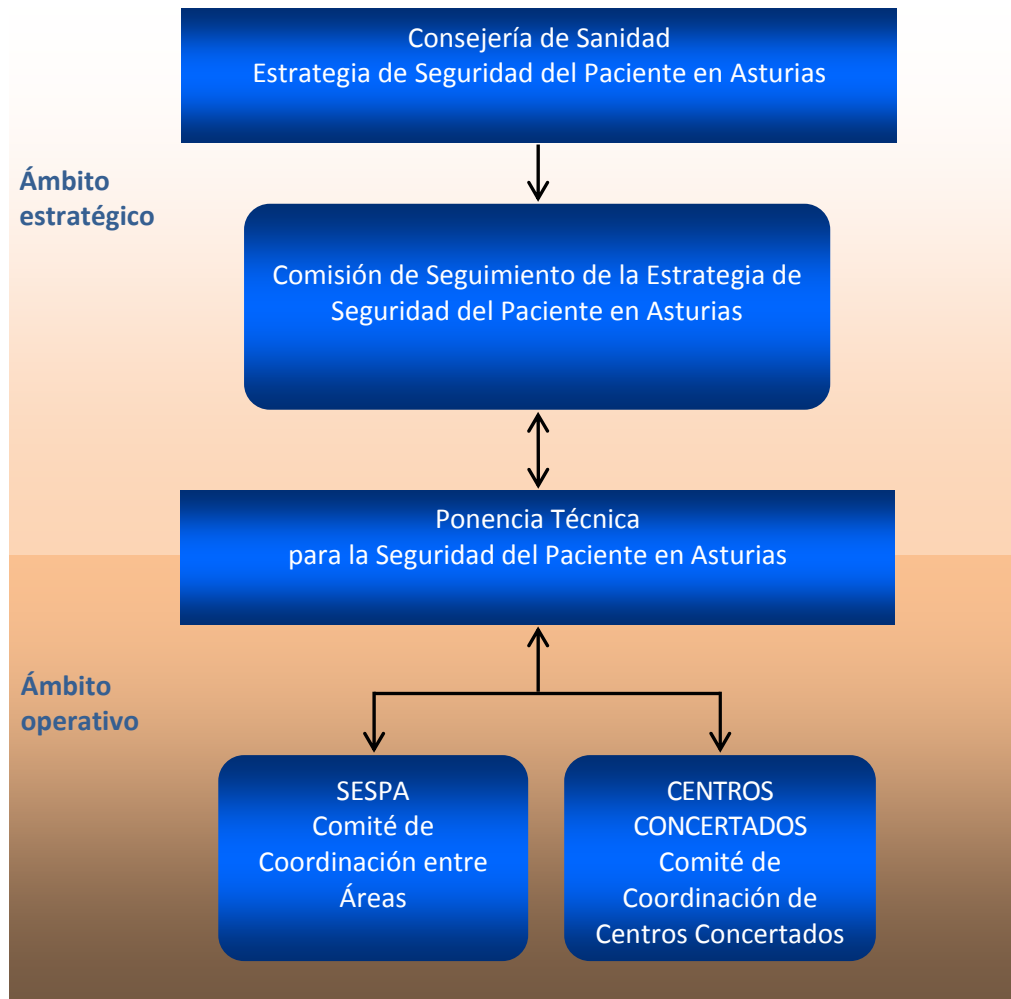
Deberán asimismo contar con un **responsable de seguridad del paciente** que, además de coordinar el Equipo de Seguridad del Paciente de su centro, será el representante del centro concertado en el Comité de Coordinación con los Centros Concertados.

Estos requerimientos serán incluidos en los acuerdos/contratos con estas instituciones.

## 4.2 Sistemática de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias

La Comisión de Seguimiento evaluará con carácter anual el desarrollo de la estrategia y la Ponencia Técnica hará el seguimiento de la misma con una periodicidad cuatrimestral. Tanto el Comité de Coordinación entre Áreas Sanitarias como el Comité de Coordinación con los Centros Concertados mantendrán reuniones de coordinación mensuales.

Se llevará a cabo a través del siguiente modelo:



La **Comisión de Seguimiento de la Estrategia de Seguridad del Paciente** recibirá un informe anual coordinado por la Consejería de Sanidad y realizado desde la Ponencia Técnica por los responsables de seguridad del paciente en la Consejería de Sanidad y SESPA, que contendrá el estado de desarrollo de la estrategia de seguridad, el análisis de indicadores y la propuesta de medidas a seguir. Este informe será utilizado para la evaluación de la estrategia de seguridad en la reunión anual de dicha comisión. Una vez aprobado el informe anual de evaluación se procederá a la implementación de las medidas correctoras o de mejora que contenga y a la difusión del mismo, trasladando un resumen de dichos acuerdos y de las actas de la reunión de la Comisión de Seguimiento al Consejo de Dirección para el conocimiento de los avances de la Estrategia por parte del Consejero/a, Secretario/a General Técnico y resto de Directores/as de la Consejería de Sanidad.

La **Ponencia Técnica** realizará reuniones de seguimiento cuatrimestrales. Tendrá información actualizada procedente de los sistemas de información y de las reuniones de los Comités de Coordinación entre Áreas y con los Centros Concertados. Los responsables de esta actualización, en aquella información que no se obtenga de forma automática, serán los responsables de la seguridad del paciente.

Anualmente emitirá un informe dirigido a la Comisión de Seguimiento para la evaluación de la estrategia. El procedimiento para elaborar el informe de evaluación y los elementos de entrada para realizarla serán definidos en la “normativa de funcionamiento”, que elaborará la Ponencia Técnica tras su constitución.

La evaluación de la estrategia, con las propuestas de mejora y las líneas de trabajo, objetivos y acciones prioritizadas, deberá de realizarse con el tiempo suficiente para que permita su inclusión en el “contrato programa” con el SESPA, el cual será el medio fundamental para su traslado a las áreas sanitarias y centros concertados.

Los **Comités de Coordinación**, tanto el Comité entre Áreas, como el de Centros Concertados, se reunirán de forma periódica, como norma general una vez al mes.

Estas reuniones se conciben como reuniones de trabajo, con el fin de impulsar las acciones a desarrollar en las áreas sanitarias/centros concertados, así como de seguimiento, monitorización y valoración del funcionamiento de la estrategia de seguridad del paciente en las áreas sanitarias/centros concertados.

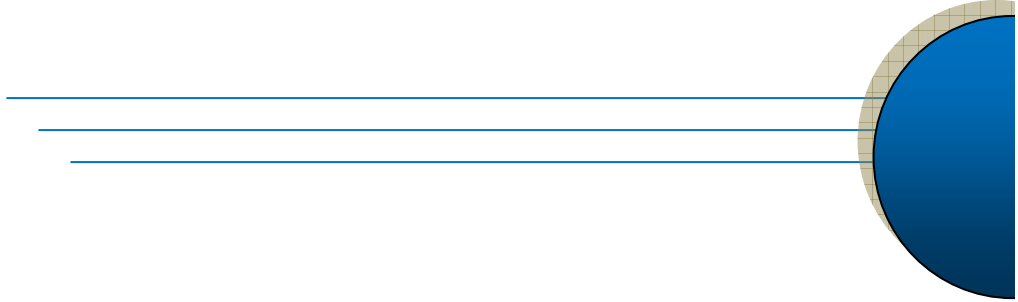
### Visualización de resultados

Para la **visualización de la información** se dispondrá de un entorno web, donde por una parte, figuren las líneas, objetivos y actividades planteadas, así como la evolución de los indicadores por áreas sanitarias (incluidos en el cuadro de mando del área) y, por otra, los distintos usuarios puedan ir actualizando la información según proceda.

Del conjunto de indicadores se extraerán aquellos que mejor representen la evolución de las distintas líneas de trabajo. Dichos indicadores serán publicados en el Observatorio de Salud en Asturias junto con el resto de Estrategias de la Consejería de Sanidad.



## 6. GLOSARIO



## 6. Glosario

Este glosario es común con el del Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente elaborado por el SESPA.

Glosario de la Seguridad del Paciente (SGSP-AUX\_1)

Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente

© SESPA Depósito Legal AS-03007-2014

### Listado de términos y definiciones

Término	Definición
<b>Abreviaturas proclives a errores de medicación</b>	Abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados utilizados en las prescripciones médicas o en cualquier otra información sobre la medicación, incluyendo formatos electrónicos, para indicar el medicamento o para expresar la dosis, vía o frecuencia de administración, y que son causa conocida de errores de medicación. En la página web del ISMP-España se puede encontrar una lista con varios ejemplos ( <a href="http://www.ismp-espana.org">www.ismp-espana.org</a> ) <sup>1</sup>
<b>Accidente</b>	Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo <sup>2</sup>
<b>Acción correctiva</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable <sup>3</sup>
<b>Acción preventiva</b>	Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable <sup>4</sup>
<b>Actividades de atenuación</b>	Actividades que emprende una organización para intentar reducir la gravedad y el impacto de una posible emergencia <sup>5</sup>
<b>Agente</b>	Sustancia, objeto o sistema que actúa para producir cambios <sup>6</sup> .
<b>Aislamiento</b>	Se designan a todas las medidas adoptadas para prevenir la transmisión de las enfermedades infecciosas por cualquiera de las vías posibles
<b>Alergia medicamentosa</b>	Estado de hipersensibilidad inducido por la exposición a un determinado antígeno farmacológico y que causa reacciones inmunitarias nocivas en ulteriores exposiciones al fármaco, como la alergia a la penicilina <sup>7</sup>
<b>Amenaza para la seguridad del paciente</b>	Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo <sup>8</sup>

<sup>1</sup> Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>2</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>3</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>4</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>5</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>6</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>7</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003

<sup>8</sup> National Quality Forum. Standardizing a Patient Safety Taxonomy - A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum, 2006.

Término	Definición
Análisis Causa Raíz (o Análisis de las causas profundas)	Proceso sistemático y reiterativo mediante el cual se identifican los factores que contribuyen a un incidente, reconstruyendo la secuencia (crono)lógica de los sucesos y preguntándose repetidamente por qué, hasta que se hayan elucidado las causas profundas subyacentes (factores contribuyentes) <sup>9</sup>
Análisis del riesgo	Es un instrumento sistemático de recogida, registro y evaluación de la información sobre los riesgos, orientado a establecer posiciones o acciones preventivas como respuesta a un riesgo identificado. Uso sistemático de la información para identificar las fuentes y estimar el riesgo. (Notas: el análisis del riesgo es el paso previo para la evaluación, tratamiento y aceptabilidad del riesgo. La información puede incluir datos históricos, análisis teóricos, opiniones de expertos y las preocupaciones de los grupos de interés) <sup>10</sup> .
Análisis de sistemas	Evaluación formal de una actividad, un método, un procedimiento o una técnica en la que se examina el problema en su totalidad con miras a mejorar el flujo de trabajo <sup>11</sup> .
Áreas de interés prioritario	Procesos, sistemas o estructuras de una organización de atención sanitaria que repercuten considerablemente en la calidad y la seguridad de la atención <sup>12</sup>
Atención sanitaria	Servicios recibidos por las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud <sup>13</sup>
Atención segura	La atención segura consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño <sup>14</sup>
Atributos	Cualidades, propiedades o rasgos de algo o alguien <sup>15</sup>

<sup>9</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>. Adaptado de la CISP (Davies J, Hebert P, Hoffman C, editors. *The Canadian Patient Safety Dictionary*. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada. 2003)

<sup>10</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2010

<sup>11</sup> Segen JC. *Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon*. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995

<sup>12</sup> Joint Commission Resources, Inc. *2005 Hospital Accreditation Standards*. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>13</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

<sup>14</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. *Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>15</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

Término	Definición
<b>Bacteriemia Zero</b>	Intervención estandarizada de prevención de la bacteriemia relacionada con la inserción y manejo de catéteres venosos centrales, que supone la implantación de 6 medidas relacionadas con la inserción y mantenimiento de CVC basada en el mejor conocimiento científica disponible y un plan de seguridad integral como marco estratégico para promover y reforzar la cultura de seguridad en las UCI, compuesto por acciones y actividades que tienen como objetivo mejorar el trabajo en equipo entre médicos y enfermera y aprender de los errores. <sup>16</sup>
<b>Calidad</b>	Grado en que el conjunto de características inherentes cumple con los requisitos <sup>17</sup> Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento <sup>18</sup>
<b>Capacidad</b>	Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple con los requisitos para este producto
<b>Características del incidente</b>	Atributos seleccionados de un incidente <sup>19</sup>
<b>Características del paciente</b>	<b>Atributos</b> seleccionados de un <b>incidente</b> , tales como el entorno asistencial, el tratamiento hospitalario, las especialidades que intervienen o la hora y fecha del incidente <sup>20</sup> .
<b>Casi-error</b>	Cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias; suceso que en otras circunstancias podría haber tenido graves consecuencias; suceso peligroso que no ha producido daños personales pero sí materiales y que sirve de aviso de posibles accidentes efecto adverso propiamente dicho <sup>21</sup>
<b>Causa</b>	Acto por el que se produce un efecto <sup>22</sup> Términos relacionados: causa directa, causa inmediata, causa interpuesta, causa profunda, causa próxima, causa subyacente

<sup>16</sup> Módulo de formación proyecto "bacteriemia zero". Disponible en <http://hws.vhebron.net/formacion-BZero/docs/ModuloFormacionBacteriemiaZero.pdf>

<sup>17</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>18</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>19</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>20</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>. Adaptado de la CISP (World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland).

<sup>21</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>22</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

Término	Definición
Causa-raíz o causa-origen	Es aquella es aquella que si es eliminada se podría prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de un EA. Frecuentemente, en la atención sanitaria, una única causa no es suficiente para producir un incidente o un EA; es común la combinación de varias circunstancias o factores que lo desencadenan. <sup>23</sup>
Cinco reglas de la administración de medicamentos	Paciente, fármaco, dosis, horario y vía correctos <sup>24</sup>
Circunstancia	Todo factor relacionado con un evento, agente o persona(s), o que influye en ellos <sup>25</sup>
Clase	Grupo o conjunto de cosas similares <sup>26</sup>
Clasificación	Organización de conceptos en clases y las subdivisiones correspondientes para expresar las relaciones semánticas entre ellos <sup>27</sup> .
Códigos de gravedad del error (CGE)	Términos relacionados: No alcanza al paciente – Lesión potencial; Alcanza al paciente – El paciente no sufre ni lesiones ni efectos; Lesión emocional; Lesión transitoria menor; Lesión transitoria mayor; Lesión permanente menor; Lesión permanente mayor; Lesión extrema
Competencia	Aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades <sup>28</sup>
Complejidad del sistema	Proceso con múltiples pasos y/o puntos de decisión <sup>29</sup>
Complicación	Trastorno del paciente que surge durante el proceso de dispensación de atención sanitaria, sea cual sea el entorno en el que se dispensa <sup>30</sup> .
Comunicación del riesgo	Intercambio de información acerca del riesgo entre los directivos de una organización y otros grupos de interés. (Nota: La información puede estar relacionada con la existencia, la naturaleza, la forma, la probabilidad, la severidad, la aceptabilidad, el tratamiento o cualquier otro aspecto del riesgo) <sup>31</sup>

<sup>23</sup> Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J, *Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores*; *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(2):71-8.

<sup>24</sup> Wakefield DS, Wakefield BJ, Borders T, et al. *Understanding and comparing differences in reported medication administration error rates*. *Am J Medical Qual* 1999;14(2):73-80

<sup>25</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland

<sup>26</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland

<sup>27</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>. Adaptado de la CISP (World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland).

<sup>28</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>29</sup> Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. *National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report*. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001

<sup>30</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<sup>31</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Concepto</b>	Elemento portador de significado <sup>32</sup> .
<b>Conciliación terapéutica</b>	Es un proceso formal y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición o traspaso asistencial sea precisa y completa. <sup>33</sup> . Requiere una revisión sistemática y exhaustiva de todos los medicamentos que está tomando el paciente, para asegurar que cualquier medicamento que se añade, cambia o suspende, se evalúa adecuadamente, con el fin de disponer de una lista exacta de la medicación del paciente; que este proceso se realiza en cada transición a lo largo de la continuidad asistencial; y que en todo momento está disponible una lista precisa con la medicación para el paciente o familiares y para todos los profesionales que le atienden, especialmente cuando se va a efectuar una transición asistencial <sup>34</sup> .
<b>Condición latente</b>	Condiciones que tienen consecuencias tardías y no buscadas capaces de afectar a la seguridad en algún momento futuro <sup>35</sup> .
<b>Confidencialidad del Sistema de Notificación</b>	Hace referencia al acceso a la información contenida en las bases de datos y a la publicación y difusión de información por parte del organismo gestor del sistema. Un sistema confidencial supone el compromiso de no divulgar ninguna información relativa a los eventos tal y como se notificaron, sus características o la narrativa de la notificación, aunque sí sería posible divulgar las lecciones aprendidas <sup>36</sup> .
<b>Consecuencia</b>	El resultado de un evento. (Notas: Las consecuencias pueden ser positivas o negativas. Sin embargo, en el contexto de la seguridad, las consecuencias son siempre negativas. Las consecuencias se pueden expresar de forma cualitativa o cuantitativa) <sup>37</sup> .
<b>Consentimiento informado</b>	la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. <sup>38</sup>
<b>Contención del riesgo</b>	Medidas inmediatas adoptadas para proteger a los pacientes de la repetición de una incidencia no deseada. <sup>39</sup>

<sup>32</sup> Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo Enero de 2009. World Health Organization

<sup>33</sup> Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Instituto para el uso seguro de los medicamentos. Boletín N° 34. Diciembre 2011.

<sup>34</sup> Greenwald JL, Halasyamani L, Green J, LaCivita C, Stucky E, Benjamin B, et al. Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinical relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. *J Hosp Med.* 2010; 5: 477-85

<sup>35</sup> van der Schaaf TW, Habraken MMP. PRISMA-Medical: A brief description. Eindhoven, The Netherlands: Eindhoven University of Technology, 2005

<sup>36</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>.

<sup>37</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>38</sup> Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

<sup>39</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms.* 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Control de la calidad</b>	Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad <sup>40</sup> Proceso que consiste en medir el desempeño comparándolo con objetivos e interviniendo sobre las diferencias cuando no alcanza los objetivos definidos <sup>41</sup>
<b>Control de las infecciones</b>	Políticas y procedimientos utilizados para prevenir la transmisión de una infección de una persona infectada a otra. El término se utiliza en relación con la protección de los profesionales y otros trabajadores que puedan tener contacto con el paciente contagioso, y la protección de los demás pacientes. Las medidas de control de la infección comprenden el uso de indumentaria de protección, el lavado de manos, las precauciones contra pinchazos, la descontaminación (del entorno y la ropa de cama del paciente), la eliminación de desechos y la correcta manipulación de las muestras de laboratorio <sup>42</sup> .
<b>Control del riesgo</b>	Acciones dirigidas a la implementación de las decisiones derivadas de la gestión de riesgos. (Nota: El control del riesgo debería incluir la monitorización, la re-evaluación y la conformidad con las decisiones) <sup>43</sup> .
<b>Correspondencia</b>	Proceso por el que se vinculan entre sí términos de distintas terminologías para poder llevar a cabo comparaciones y análisis <sup>44</sup>
<b>Criterios para la evaluación del riesgo</b>	Términos de referencia mediante los cuales se valora la importancia del riesgo (Nota: Los criterios para la evaluación del riesgo pueden incluir aspectos como la magnitud, la gravedad, o la factibilidad del tratamiento del riesgo, los costes o los beneficios asociados, los requisitos legales o reglamentarios, los aspectos socio-económicos o medioambientales, las opiniones de los grupos de interés, las prioridades y cualesquiera otras entradas para la valoración). <sup>45</sup>
<b>Cuasiincidente</b>	Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas o no planificadas <sup>46</sup> .

<sup>40</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>41</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>42</sup> Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ. Health Care Terms, 3d ed. St. Paul, MN: Tringa Press, 1996

<sup>43</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>44</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>45</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>46</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press, 2000

Término	Definición
<b>Cultura de la seguridad</b>	<p>La Cultura de Seguridad de una Organización es la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización.</p> <p>Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas<sup>47</sup>. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.</p> <p>Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones sanitarias son<sup>48</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de SP, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.</li> <li>• La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.</li> <li>• La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.</li> <li>• La reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de SP, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.</li> <li>• La medición de actitudes en el trabajo y el contexto general del trabajo es un paso necesario e importante en la mejora de dicha seguridad.</li> </ul>
<b>DAIME</b>	Acrónimo de Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado, herramienta de despliegue de indicadores del SINOC <sup>49</sup>
<b>Daño</b>	Daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente <sup>50</sup> .
<b>Daño relacionado con la atención sanitaria</b>	Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos, no el debido a una enfermedad o lesión subyacente <sup>51</sup>
<b>Datos sobre seguridad del paciente</b>	Información amplia y heterogénea que, entre otros datos, incluye la descripción de incidentes con errores médicos o cuasiincidentes, sus causas, las acciones correctivas ulteriores, las intervenciones que reducen el riesgo futuro y los peligros para la seguridad del paciente <sup>52</sup>

<sup>47</sup> Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(suppl II):ii17-ii23

<sup>48</sup> Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad;2010

<sup>49</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias

<sup>50</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>. Adaptado de CISP (World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland).

<sup>51</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

<sup>52</sup> Boxwala A, Dierks M, Keenan M, Jackson S, Hanscom R, Bates D. Organization and Representation of Patient Safety Data: Current Status and Issues around Generalizability and Scalability. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11:468-478



<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Desinfección</b>	Uso de un procedimiento químico que elimina prácticamente todos los microorganismos patógenos reconocidos, aunque no necesariamente todas las formas microbianas (por ejemplo, endosporas bacterianas), sobre objetos inanimados <sup>53</sup>
<b>Detección</b>	Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente <sup>54</sup>
<b>Directrices basadas en pruebas</b>	Métodos consensuados para hacer frente a problemas recurrentes de la atención sanitaria y cuya finalidad es reducir la variabilidad de las prácticas y mejorar los resultados sanitarios <sup>55</sup> .
<b>Discapacidad</b>	Perturbación importante de la capacidad de una persona para desempeñar las funciones de la vida normal <sup>56</sup> .
<b>Discrepancia (conciliación terapéutica)</b>	Cualquier diferencia entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita tras una transición asistencial. No constituye necesariamente un error <sup>57,58</sup> . Puede ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrepancia intencionada documentada</li> <li>• Discrepancia intencionada no documentada</li> <li>• Discrepancia no intencionada o error de conciliación. Puede provocar efectos adversos.</li> </ul>
<b>Dispositivos de administración de medicamentos</b>	Equipos tales como jeringas, catéteres, bombas de infusión, bombas para analgesia controlada por el paciente, sistemas automatizados de elaboración de mezclas, y otros equipos o dispositivos que se utilizan para la preparación y administración de medicamentos. <sup>59</sup>
<b>Doble chequeo independiente</b>	Procedimiento mediante el cual un segundo profesional sanitario verifica un proceso, en presencia o ausencia del profesional que realizó el primer chequeo. En ambos casos, el aspecto más importante es mantener la independencia del doble chequeo, es decir, asegurar que el primer profesional no le comunica al segundo el resultado que se espera obtener, ya que disminuiría la probabilidad de detectar un error. <sup>60</sup>
<b>Documento</b>	Información y su medio de soporte <sup>61</sup>

<sup>53</sup> Ammerman M. *The Root Cause Analysis Handbook*. New York: Quality Resources, 1998

<sup>54</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

<sup>55</sup> Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms*. Council of Europe. 2005

<sup>56</sup> United States Food and Drug Administration. *Code of Federal Regulations, Title 21, Volume 5*. Washington, DC: United States Government Printing Office. 2003

<sup>57</sup> Rodríguez G, Rosich I. *Conciliación de la medicación. Capítulo 2. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el pa paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. SEFAP 2012.

<sup>58</sup> Institute for Safe Medication Practices Canada. *Medication reconciliation in acute care. Getting Started Kit*. 2011. Safer healthcare now.

<sup>59</sup> Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>60</sup> Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>61</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Dominio</b>	Lugar en el que se ha producido un error de la atención sanitaria o un fallo del sistema y tipo de personas implicadas. Las subcategorías son: «entorno», «personal», «paciente» y «objetivo». Una de las cuatro subclasificaciones interrelacionadas de los elementos que constituyen los errores de la atención sanitaria y los fallos del sistema <sup>62</sup>
<b>Dosis máxima</b>	Límite superior de la dosis que se encuentra descrita en la literatura científica o se recomienda en la ficha técnica del medicamento. La dosis máxima puede variar en función de la edad, el peso o el diagnóstico. <sup>63</sup>
<b>Efectividad</b>	Grado en que se presta la atención sanitaria de manera correcta, dado el estado actual de los conocimientos, para lograr los resultados previstos o deseados para el individuo <sup>64</sup> .
<b>Efecto secundario</b>	Efecto conocido, distinto del deseado primordialmente, relacionado con las Propiedades farmacológicas de un medicamento <sup>65</sup>
<b>Eficacia</b>	Grado en que la atención prestada a la persona logra los resultados previstos o Deseados <sup>66</sup> .
<b>Eficiencia</b>	Relación entre los resultados de la atención y los recursos utilizados para prestarla <sup>67</sup> .
<b>Encuesta HSOPC</b>	Encuesta para la valoración de la Seguridad del Paciente en el ámbito hospitalario. Acrónimo de "Hospital Survey on Patient Safety Culture" <sup>68</sup>
<b>Encuesta MOSPS</b>	Encuesta para la valoración de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Acrónimo de "Medical Office Survey on Patient Safety" <sup>69</sup>
<b>Enfoque sistémico</b>	Utilización de una investigación pronta e intensiva, seguida de un análisis multidisciplinario de los sistemas [...], para [descubrir] las causas proximales y sistémicas de los errores. [...] <sup>70</sup>
<b>Equivocación</b>	Acción que puede que se ajuste exactamente al plan, pero en la que este es inadecuado para lograr el resultado previsto <sup>71</sup>

<sup>62</sup> National Quality Forum. *Standardizing a Patient Safety Taxonomy - A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2006

<sup>63</sup> Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>64</sup> Joint Commission Resources, Inc. *2005 Hospital Accreditation Standards*. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>65</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland

<sup>66</sup> Joint Commission Resources, Inc. *2005 Hospital Accreditation Standards*. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>67</sup> Joint Commission Resources, Inc. *2005 Hospital Accreditation Standards*. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>68</sup> Disponible en <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/>

<sup>69</sup> Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010

<sup>70</sup> Leape LL, Lawthers AG, Brennan TA, Johnson WG. Preventing medical injury. *Qual Rev Bull* 1993;19:144-149.

<sup>71</sup> Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershof, UK: Ashgate, 1997

Término	Definición
<b>Equivocación médica</b>	Acción u omisión con consecuencias potencialmente negativas para el paciente y que expertos competentes e informados habrían considerado errónea en el momento en el que se produjo, con independencia de que tuviera o no consecuencias negativas. Esta definición excluye la evolución natural de la enfermedad que no responde al tratamiento y las complicaciones previsibles de un procedimiento llevado a cabo correctamente, así como los casos en los que existe un desacuerdo razonable acerca de si se produjo una equivocación <sup>72</sup>
<b>Error</b>	No realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o aplicación de un plan incorrecto <sup>73</sup> Es una desviación de la práctica aceptada como correcta, independientemente del efecto que produzca en el paciente. <sup>74</sup> Términos relacionados: Error activo, Error basado en conocimientos, Error basado en reglas, Error de comisión, Error de competencia, Error de comunicación, Error de decisión, Error de dispensación, Error de ejecución Error de fijación, Error de juicio, Error de medicación, Error de planificación, Error de preparación, Error de prescripción, Error de procedimiento, Error de vigilancia, Error del sistema, Error humano, Error latente, Error médico, Error normativo, Error por infracción, Error por negligencia, Error por omisión, Error potencial, Error técnico, Errores benignos, Errores individuales
<b>Error de comisión y error de omisión</b>	En la práctica sanitaria el error se puede deber a tres causas: realizar acciones innecesarias, realizar de forma incorrecta actuaciones necesarias (útiles o indicadas) o la omisión de estas actuaciones .Las dos primeras serían los errores de comisión y la última de omisión <sup>75</sup>
<b>Error, códigos de gravedad del<sup>76</sup></b>	Categoría A: no error pero posibilidad de que se produzca Categoría B: error que no alcanza al paciente; no causa daño Categoría C: erro que alcanza al paciente, pero es probable que cause daño Categoría D: Error que alcanza al paciente y necesita monitorización y/o intervención para evitar el daño Categoría E: error que causa daño temporal Categoría F: Error con un daño que requiere hospitalización o prolongación de estancia Categoría G: Error que produce un daño permanente Categoría H: Error que hace necesario un soporte vital Categoría I: Error con resultado mortal

<sup>72</sup> Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, et al. To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997;12:770-775

<sup>73</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>. Adaptado de CISP (Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000).

<sup>74</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>75</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>76</sup> Office of the Secretariat, United States Pharmacopeia National. Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), 1998. <http://www.nccmerp.org/taxonomy-medication-errors-now-available>

Término	Definición
<b>Error de conciliación</b>	<p>Se considera así a toda discrepancia terapéutica no justificada por el prescriptor. <i>Ver definición de Conciliación de la medicación</i><sup>77</sup>. Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omisión de medicamento</li> <li>• Diferente dosis, vía o frecuencia de administración de un medicamento</li> <li>• Prescripción incompleta</li> <li>• Medicamento equivocado</li> <li>• Inicio de medicación (discrepancia de comisión)</li> <li>• Duplicidad</li> <li>• Interacción</li> <li>• Mantener medicación contraindicada</li> </ul>
<b>Error de medicación</b>	<p>Efecto que puede evitarse y que es causado por una utilización inadecuada de un medicamento produciendo lesión a un paciente mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor<sup>78</sup>.</p> <p><i>Definición según el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano:</i></p> <p><b>Error de medicación:</b> Fallo no intencionado en el proceso de prescripción, dispensación o administración de un medicamento bajo el control del profesional sanitario o del ciudadano que consume el medicamento. Los errores de medicación que ocasionen un daño en el paciente se consideran reacciones adversas, excepto aquellos derivados del fallo terapéutico por omisión de un tratamiento.</p>
<b>Error médico</b>	Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso <sup>79</sup>
<b>Estimación del riesgo</b>	Proceso utilizado para asignar valores a la probabilidad y consecuencias de un riesgo <sup>80</sup> .
<b>Evaluación del riesgo</b>	Proceso de comparación del riesgo estimado frente a los criterios para la evaluación del riesgo para determinar la importancia del riesgo (Nota: la evaluación del riesgo debe ser utilizada como ayuda a la decisión de aceptación o de tratamiento del riesgo) <sup>81</sup> .
<b>Evaluación de riesgos</b>	Evaluación que examina un proceso detalladamente, incluida la secuencia de eventos; evalúa los riesgos, fallos y puntos de vulnerabilidad reales y potenciales, y mediante un proceso lógico determina áreas de mejora prioritarias basándose en el impacto real o potencial en la atención al paciente (criticidad) <sup>82</sup> .
<b>Evento</b>	Algo que le ocurre a un paciente o le atañe <sup>83</sup> Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros <sup>84</sup> .

<sup>77</sup> Rodríguez G, Rosich I. *Conciliación de la medicación. Capítulo 2. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia.* SEFAP 2012.

<sup>78</sup> Hartwig SC, Denger SD, Scheeneider PJ. *Severity-indexed report-based medication error-reporting program.* Am J Hosp Pharm 1991; 48:2611-6.

<sup>79</sup> Hofer T, Hayward RA. *Are Bad Outcomes from Questionable Clinical Decisions Preventable medical Errors? A Case of Cascade Iatrogenesis.* Ann Intern Med 2002; 137(5): 327-34

<sup>80</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>81</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>82</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms.* 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<sup>83</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety.* Geneva, Switzerland.

Término	Definición
<b>Evento adverso</b>	Incidente que ha producido daño al paciente <sup>85</sup> Términos relacionados: Evento adverso no prevenible, Evento adverso por medicamentos (EAM), Evento adverso por medicamentos no prevenible, Evento adverso potencial, Evento adverso potencial por medicamentos, Evento adverso prevenible, Evento adverso prevenible por medicamentos, Evento adverso relacionado con un dispositivo, Evento potencial, Evento potencialmente compensable (EPC), Evento prevenible, Evento sin daños.
<b>Evento adverso grave</b>	Aquel que ocasiona éxitus o incapacidad residual al alta hospitalaria o que requirió intervención quirúrgica. <sup>86</sup> Incidencia inesperada en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o existe riesgo de que se produzca. Las lesiones graves incluyen específicamente la pérdida de una extremidad o una función <sup>87</sup> .
<b>Evento adverso leve</b>	Aquel que ocasiona lesión o complicación sin prolongación de la estancia hospitalaria <sup>88</sup>
<b>Evento adverso moderado</b>	Aquel que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria al menos de 1 día de duración <sup>89</sup>
<b>Evento adverso prevenible</b>	Aquel que existiendo alguna posibilidad de prevención, presente entre moderada y total evidencia de posibilidad de prevención <sup>90</sup>

<sup>84</sup> World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). 2005

<sup>85</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>

<sup>86</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>87</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Conducting a Root Cause Analysis in Response to a Sentinel Event. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996

<sup>88</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>89</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>90</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

Término	Definición
<b>Evento centinela</b>	<p>Un evento inesperado que implica muerte o daño físico o psicológico severo, o el riesgo de causarlo. El daño severo incluye específicamente la pérdida de un miembro o función. La expresión “o riesgo de causarlo” incluye variaciones en el proceso cuya recurrencia podría implicar una probabilidad significativa de un resultado adverso severo. Se denomina “centinela” a estos eventos porque señalan la necesidad de llevar a cabo una investigación inmediata y dar una respuesta (JCAHO, 2002)</p> <p>Es un suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos o tiene el riesgo de causarlos<sup>91</sup></p> <p>Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas<sup>92, 93</sup>.</p>
<b>Evidencia objetiva</b>	Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo
<b>Evitación del riesgo</b>	Decisiones que se toman ante situaciones de riesgo , con la finalidad de no verse involucrado o para alejarse de dicha situación <sup>94</sup>
<b>Factor causal</b>	Factor que determinó el resultado de la situación <sup>95</sup>
<b>Factor contribuyente</b>	Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca. <sup>96</sup> Términos relacionados: Factor relacionado con el paciente, Factores atenuantes, Factores humanos
<b>Fallo del sistema</b>	Las categorías comunes [de los fallos del sistema] comprenden los fallos del diseño (diseño de procesos, de tareas y de equipos) y los fallos de la organización y el entorno (presencia de precursores psicológicos tales como las condiciones del lugar de trabajo, los horarios, etc.; creación incorrecta de equipos; fallos de formación) <sup>97</sup> .

<sup>91</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>92</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>93</sup> Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005

<sup>94</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>95</sup> Ammerman M. The Root Cause Analysis Handbook. New York: Quality Resources, 1998

<sup>96</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

<sup>97</sup> Staender S, Kaufmann M, Scheidegger D. Critical incident reporting: Approaches in anaesthesiology. In: Vincent C, de Mol B, eds. Safety in Medicine. Amsterdam: Pergamon, 2000, pp. 65-81

Término	Definición
<b>Fallo latente</b>	Consecuencias de acción retardada de decisiones adoptadas en los escalones superiores de la organización del sistema. Guardan relación con el diseño y la construcción de las instalaciones y los equipos, la estructura de la organización, la planificación y la programación, la formación y la selección, las previsiones, la elaboración de presupuestos, la asignación de recursos, etc. Los efectos adversos de estas decisiones sobre la seguridad pueden permanecer sin manifestarse durante mucho tiempo <sup>98</sup> .
<b>Farmacovigilancia</b>	Disciplina y actividades relacionadas con la detección, la evaluación, la comprensión y la prevención de los efectos adversos de los productos farmacéuticos <sup>99</sup> .
<b>Gestión</b>	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización <sup>100</sup>
<b>Gestión clínica</b>	Propuesta organizativa que estructura las organizaciones sanitarias sobre el principio de “responsabilidad corporativa por el funcionamiento asistencial”. Estratégicamente, requiere la alineación de los profesionales (gestores y personal asistencial) con los valores, objetivos y políticas operativas de la organización, asegurando la coherencia y consistencia de éstos. Incorpora los elementos de la buena gestión de las organizaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Búsqueda de una mejora continua de la calidad</li> <li>•Enfoque en los pacientes</li> <li>•Gestión por procesos</li> <li>•Modelos de gobierno y de gestión coherentes con la naturaleza de las organizaciones sanitarias<sup>101</sup></li> </ul>
<b>Gestión de la calidad</b>	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad
<b>Gestión de riesgos</b>	Conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar el riesgo en una organización. (Nota: En la asistencia sanitaria, generalmente incluye las actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un evento adverso durante la asistencia, con el objeto de evitar o minimizar sus consecuencias negativas, tanto para el paciente, como para los profesionales o la propia institución sanitaria) <sup>102</sup> . Implica a tres procesos: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Estratégicos: “...objetivos y metas alcanzables, responsabilidades y un sistema de difusión y comunicación dentro de la organización para poder gestionar los riesgos de forma eficaz...”</li> <li>•Operativos: “...identificación, análisis, evaluación y tratamiento del riesgo...”</li> <li>•De apoyo: “...documentación, formación del personal, establecimiento de un entorno seguro, el uso de herramientas de evaluación de las mejoras, etc.”</li> </ul>

<sup>98</sup> Reason JT. Foreword. In: Bogner MS, ed. *Human Error in Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1994, p. xi

<sup>99</sup> Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, *Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms*. Council of Europe. 2005

<sup>100</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>101</sup> *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

<sup>102</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Gestión proactiva de los riesgos</b>	Se trata de prever incidentes eventuales antes de que ocurran mediante un análisis preliminar de los riesgos. <sup>103</sup>
<b>Gestión reactiva de los riesgos</b>	Se basa en un incidente y se trata de encontrar soluciones para limitar sus consecuencias y evitar su reparación. <sup>104</sup>
<b>Grado de daño</b>	Gravedad, duración y repercusiones terapéuticas del daño causado por un incidente. <sup>105</sup>
<b>Grupo de interés</b>	Cualquier individuo, grupo u organización que puede afectar, ser afectada o percibir que es afectada por un riesgo <sup>106</sup>
<b>Herramienta</b>	Un elemento de utilidad para alcanzar un propósito, que está bien definido tanto en su aplicabilidad como en la manera que ha de ser utilizada <sup>107</sup>
<b>Historia clínica electrónica</b>	Repositorio de información, mantenida electrónicamente, sobre la atención sanitaria de una persona, y los correspondientes medios de gestión de la información clínica que ofrecen alertas y recordatorios, vínculos con fuentes externas de conocimiento sanitario, e instrumentos para el análisis de datos <sup>108</sup>
<b>Iatrogénico</b>	Enfermedad o lesión consecuencia de un procedimiento de diagnóstico, un tratamiento u otro elemento de la atención sanitaria <sup>109</sup> .
<b>Identificación del riesgo</b>	Proceso para descubrir, listar y caracterizar elementos de riesgo. (Nota: los elementos pueden incluir la fuente de peligros, los sucesos, las consecuencias y la probabilidad. La identificación del riesgo puede también reflejar las preocupaciones de los grupos de interés) <sup>110</sup> .
<b>Impacto</b>	Resultado o efecto de un error de la atención sanitaria o un fallo de los sistemas, conocido habitualmente como daño al receptor de la atención. El daño puede ser psíquico, físico o no médico <sup>111</sup> .
<b>Imprudencia temeraria</b>	La persona sabe que existe un riesgo, está dispuesta a correrlo y lo corre deliberadamente <sup>112</sup> .

<sup>103</sup> *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario.* Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

<sup>104</sup> *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario.* Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

<sup>105</sup> *World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety.* Geneva, Switzerland

<sup>106</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>107</sup> *Servicio de Salud del Principado de Asturias*

<sup>108</sup> *Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care.* Washington DC: National Academies of Sciences, 2004.

<sup>109</sup> *Slee VN, Slee DA, Schmidt HJ. Health Care Terms, 3d ed. St. Paul, MN: Tringa Press, 1996*

<sup>110</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>111</sup> *National Quality Forum. Standardizing a Patient Safety Taxonomy - A Consensus Report.* Washington, DC: National Quality Forum, 2006

<sup>112</sup> *Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms.* Council of Europe. 2005



<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Incidente</b>	Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que puede producir o no daño al paciente <sup>113</sup> . Suceso aleatorio imprevisto e inesperado, relacionado con la atención sanitaria, que no produce daño al paciente. También puede definirse como un suceso que, en circunstancias distintas, podría haber sido un EA o como un hecho que, no descubierto o corregido a tiempo, puede implicar problemas para el paciente <sup>114</sup> Todo desvío de la atención médica habitual que causa una lesión al paciente o representa un riesgo de daño. Comprende los errores, los eventos adversos prevenibles y los peligros <sup>115</sup> . Términos relacionados: Incidente de seguridad, Incidente no clínico
<b>Incidente clínico</b>	Incidentes en un entorno sanitario debidos a procedimientos clínicos que causan o podrían haber causado un daño imprevisto al paciente <sup>116</sup>
<b>Incidente con daño</b>	Evento adverso
<b>Incidente crítico</b>	Incidente que causa un daño grave [...] al paciente [...] cuando hay una necesidad patente de investigar y responder de inmediato. <sup>117</sup>
<b>Incidente relacionado con la seguridad del paciente</b>	Evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho <sup>118</sup>
<b>Incidente relacionado con la seguridad que no llegó al paciente</b>	Circunstancia o incidente con capacidad de causar error, que podría haber causado un daño pero no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de llegar al paciente. <sup>119</sup>
<b>Incidente sin daño</b>	Incidente que no llegó a causar daño (aunque sí llegó al paciente) <sup>120</sup> Aquel que bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños, ni pérdidas al paciente, pero que en otras circunstancias podría haberlo producido <sup>121</sup> .

<sup>113</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>114</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>115</sup> World Alliance for Patient Safety. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva: World Health Organization (WHO/EIP/SPO/QPS/05.3). 2005

<sup>116</sup> National Audit Office. Department of Health. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005

<sup>117</sup> Davies J, Hebert P, Hoffman C, editors. The Canadian Patient Safety Dictionary. Calgary: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Health Canada. 2003.

<sup>118</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>119</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>

<sup>120</sup> <sup>120</sup> Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.sinasp.es/>

<sup>121</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

Término	Definición
<b>Indicador</b>	<p>Ministerio de Sanidad: En el caso de los servicios sanitarios, los indicadores son datos, preferentemente cuantitativos, que proporcionan información sobre la estructura, el funcionamiento y los resultados de los servicios sanitarios, con el fin de facilitar la toma de decisiones en la gestión de los servicios sanitarios.<sup>122</sup></p> <p>Un buen indicador debe reunir una serie de cualidades, tales como utilidad, facilidad de obtención e interpretación, validez para medir lo que realmente pretende, capacidad discriminativa, comparabilidad y reproducibilidad<sup>123</sup></p>
<b>Indicios de evento adverso</b>	Datos clínicos relacionados con la atención al paciente que indican una probabilidad razonable de que se está produciendo o se haya producido un evento adverso <sup>124</sup>
<b>Infección</b>	Transmisión de un microorganismo patógeno a un huésped, seguida la invasión y la multiplicación y acompañada o no de síntomas de enfermedad <sup>125</sup> .
<b>Infección adquirida en el hospital</b>	Infección que no estaba presente ni incubándose en el momento de la hospitalización del paciente y que normalmente se manifiesta más de tres noches después del ingreso en [el] hospital <sup>126</sup>
<b>Infección nosocomial</b>	Infección contraída al recibir atención o servicios en la organización de atención sanitaria <sup>127</sup>
<b>Información</b>	Datos que poseen significado <sup>128</sup>
<b>Inspección</b>	Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo/prueba o comprobación por patrones. <sup>129</sup>
<b>Investigación y análisis causal</b>	Proceso de investigación y análisis de las lesiones de los pacientes y de los incidentes de los visitantes que identifica fallos latentes del sistema y sus causas <sup>130</sup>
<b>Lapsus</b>	Error involuntario en la ejecución de una acción cuyo propósito era correcto <sup>131</sup> .

<sup>122</sup> Aibar Remón C, Aranáz Andrés JM. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Unidad didáctica 6: la gestión del riesgo.

<sup>123</sup> Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use (2<sup>nd</sup> ed), Oxford: Oxford University Press, 1995.

<sup>124</sup> Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005

<sup>125</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>126</sup> National Audit Office. Department of Health. A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005

<sup>127</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2<sup>nd</sup> ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.

<sup>128</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>129</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>130</sup> Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001

<sup>131</sup> Senders JW, Senders SJ. Failure mode and effects analysis in medicine. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999, p. 3.2

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Lesión (corporal)</b>	Daño causado por una fuerza externa, a diferencia de una «enfermedad», que indica simplemente que el organismo no está sano <sup>132</sup> Términos relacionados: Lesión médica, Lesiones por negligencia
<b>Lesión por presión</b>	Necrosis isquémica y ulceración de tejidos que cubren una prominencia ósea que ha sido sometida a presión prolongada a consecuencia de una estancia en cama prolongada por la patología que motivo el ingreso (siempre y cuando no estuviera presente en el momento del ingreso). Se excluyen las escoceduras o irritaciones de la piel no posturales <sup>133</sup>
<b>Litigio</b>	Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma. Con relativa frecuencia no se debe a la existencia de los hechos anteriores <sup>134</sup>
<b>Mal resultado</b>	El hecho de no lograr el resultado asistencial deseado <sup>135</sup>
<b>Malpraxis</b>	Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de calificación similar, en idénticas circunstancias <sup>136</sup> . Términos relacionados: Malpraxis médica
<b>Medicamentos con nombres parecidos</b>	Medicamentos con nombres similares que pueden confundirse fácilmente unos con otros, sobre todo en el caso de prescripciones verbales <sup>137</sup>
<b>Medicamentos de alto riesgo</b>	Medicamentos con un alto riesgo de causar acontecimientos adversos graves cuando se utilizan errónea-mente. Aunque los errores pueden no ser más frecuentes con estos medicamentos, las consecuencias de éstos, en el caso de que ocurran, son claramente más perjudiciales para los pacientes. Ejemplos son heparina, insulina, citostáticos, concentrados de electrolitos, opiáceos, bloqueantes neuromusculares, etc. La lista del ISMP de medicamentos de alto riesgo se puede encontrar en <a href="http://www.ismp-espana.org">www.ismp-espana.org</a> <sup>138</sup>
<b>Medición basal</b>	Punto de referencia usado para indicar la situación inicial a partir de la que se realizarán futuras medidas para realizar comparaciones. <sup>139</sup>

<sup>132</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.

<sup>133</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>134</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>135</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000

<sup>136</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>137</sup> Joint Commission Resources. *Standards link: Sound-alike medications*. Joint Commission Perspectives on Patient Safety Sept 2001;1(5):2

<sup>138</sup> Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.

<sup>139</sup> Traducido de: PASQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care). *Glossary and Conceptual Frameworks*.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Medidas adoptadas para reducir el riesgo</b>	Conjunto de acciones que se desarrollan para reducir la probabilidad de que ocurra un daño o su grado de gravedad <sup>140</sup>
<b>Medida de mejora</b>	Medida adoptada o circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente. <sup>141</sup> Términos relacionados: Mejora del desempeño y Mejora del sistema
<b>Mejora de la calidad</b>	Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. <sup>142</sup>
<b>Mejora continua</b>	Actividad recurrente para aumentar la capa
<b>Medidas adoptadas para reducir el daño</b>	Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar el daño asociado a un incidente o la probabilidad de que se produzca <sup>143</sup>
<b>Mensaje de alerta</b>	Información generada por ordenador que se crea cuando un registro cumple unos criterios preestablecidos <sup>144</sup>
<b>Minimización del riesgo</b>	Conjunto de medidas adoptadas para reducir el riesgo <sup>145</sup>
<b>MIPSE</b>	Mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable. Parte del concepto de "trazadores" o diagnósticos centinela. Es usado como indicador de calidad asistencial general. Parte del concepto "mortalidad evitable" y engloba aquellas causas de muerte susceptibles de intervención sanitaria para evitarlas o retardarlas. <sup>146</sup>
<b>Modo de fallo</b>	Manera en que un proceso ha fallado o podría fallar, o manera en que se observa un fallo. <sup>147</sup>
<b>Monitorizar</b>	Hacer un seguimiento sistemático para recolectar información y supervisar estrechamente algo <sup>148</sup>
<b>Muerte perinatal</b>	Muerte que sucede desde la 22 semana de gestación hasta 28 días después del nacimiento, si se tiene constancia de ello. <sup>149</sup>

<sup>140</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>141</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>142</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>143</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>144</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>145</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>146</sup> Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac. Sanit. 2006;3:184-93

<sup>147</sup> Joint Commission Resources. Failure Mode and Effects Analysis in Health Care. Oakbrook Terrace, IL: JCR, 2002, p. 7. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington, DC: American Pharmaceutical Association, 1999, p. 3.2

<sup>148</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<sup>149</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Muerte prevenible</b>	Una muerte se considera prevenible cuando el paciente ha recibido una atención deficiente y es probable que esta haya conducido a la muerte <sup>150</sup>
<b>Negligencia</b>	Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado. <sup>151</sup> Términos relacionados: Negligencia médica y negligencia profesional
<b>Neumonía Zero</b>	Intervención estandarizada encaminada a la prevención de neumonías asociadas a la ventilación mecánica mediante la aplicación de un paquete de medidas básicas (de obligado cumplimiento) y otro de medidas específicas (altamente recomendables) y un plan de seguridad integral que persigue promover y fortalecer la cultura de seguridad en el trabajo diario en las UCI. <sup>152</sup>
<b>Nomenclatura</b>	Conjunto de términos especializados que al eliminar la ambigüedad facilitan una comunicación precisa. <sup>153</sup>
<b>Norma</b>	Nivel mínimo de desempeño o resultados aceptables, o niveles excelentes de desempeño, o los niveles de desempeño o resultados que se consideran aceptables <sup>154</sup> . Términos relacionados: Norma – clasificación, Norma – de práctica, Norma – del método de ensayo, Norma – especificación, Norma – guía, Norma – Intercambio de datos, Norma – para la notificación, Norma – terminología, Norma asistencial
<b>Notificación</b>	Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento <sup>155</sup>
<b>Notificación de evento</b>	Principal medio por el que se identifican los eventos adversos por medicamentos y otros riesgos. Los objetivos de la notificación de eventos son mejorar la atención dispensada a un paciente, identificar y corregir fallos de los sistemas, prevenir la repetición de eventos, ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, contribuir a ofrecer un entorno seguro para la atención de los pacientes, proporcionar un registro del evento y obtener consejo médico y asesoramiento jurídico inmediatos <sup>156</sup>

<sup>150</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academies Press, 2000

<sup>151</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>152</sup> Prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Módulo de formación. Disponible en [http://hws.vhebron.net/Neumonía-zero/descargas/Diapositivas\\_NZero.pdf](http://hws.vhebron.net/Neumonía-zero/descargas/Diapositivas_NZero.pdf)

<sup>153</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. *Institute of Medicine, Committee on DataStandards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care.* Washington DC: National Academies of Sciences, 2004.

<sup>154</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: National Academies Press, 2000.

<sup>155</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>156</sup> Smetzer JL, Cohen MR, Milazzo CJ. *The role of risk management in medication error prevention* In: Cohen MR, ed. *Medication Errors.* Washington DC: American Pharmaceutical Association. 1999. pp. 19.2-19.3

Término	Definición
<b>Notificación de incidentes</b>	Sistema instaurado en muchas organizaciones de atención sanitaria para recopilar y notificar incidencias adversas relacionadas con los pacientes, como errores de medicación y fallos de equipos. Se basa en informes individuales de incidentes. La eficacia de la notificación de incidentes es limitada por diversas razones, entre ellas, el temor a una acción punitiva, la renuencia de personal no médico a notificar incidentes que impliquen a médicos, el desconocimiento de lo que es un incidente notificable, y la falta de tiempo para los trámites <sup>157</sup>
<b>Notificación de incidentes críticos</b>	Identificación de incidentes prevenibles (es decir, de incidencias que podrían haber derivado o derivaron en un resultado desfavorable) notificados por personal directamente implicado en el proceso en cuestión en el momento en el que se descubrió el evento. Las notificaciones de incidentes pueden referirse a eventos de todas o alguna de las tres categorías básicas (eventos adversos, eventos sin daños y cuasiincidentes). <sup>158</sup>
<b>Objetivo de la calidad</b>	Algo ambicioso o pretendido, relacionado con la calidad. Generalmente se especifican para los niveles y funciones pertinentes de la organización. <sup>159</sup>
<b>Olvido</b>	Eventos internos ligados generalmente a fallos de la memoria <sup>160</sup> .
<b>Organización</b>	Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones <sup>161</sup>
<b>Organización de atención sanitaria</b>	Entidad que presta, coordina y/o asegura servicios de atención sanitaria y médica para las personas <sup>162</sup> .
<b>Paciente</b>	Persona receptora de atención médica <sup>163</sup>
<b>PaSQ</b>	La Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care) es un Organismo dentro programa de salud pública de la Unión Europea. Se centra en la mejora de la Seguridad del Paciente y la calidad asistencial a través del intercambio de información, experiencias y la implementación de buenas prácticas.
<b>Peligro</b>	Fuente potencial de daño <sup>164</sup> Situación o evento que introduce o aumenta la probabilidad de que de una contingencia surja un evento adverso, o que aumenta la magnitud de un evento adverso <sup>165</sup>

<sup>157</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<sup>158</sup> Wald H, Shojania KG. Incident reporting. In: *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment, Number 43*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001

<sup>159</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>160</sup> Reason JT. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Aldershof, UK: Ashgate, 1997

<sup>161</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>162</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000.

<sup>163</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>164</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>165</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Plan de la calidad</b>	Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un proyecto, producto, proceso o contrato específico
<b>Planificación de la calidad</b>	Parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos necesarios y de los recursos relacionados para cumplir los objetivos de calidad. <sup>166</sup>
<b>Política de la calidad</b>	Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección <sup>167</sup>
<b>Prácticas óptimas</b>	Prácticas clínicas, científicas o profesionales reconocidas por la mayoría de los profesionales en un campo determinado. Es habitual que estén basadas en pruebas científicas y se establezcan por consenso <sup>168</sup>
<b>Prácticas seguras</b>	<p>Aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la Seguridad del Paciente<sup>169</sup></p> <p>Pueden ser clasificadas en<sup>170</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Seguras: Se ha implementado la práctica segura y las mediciones antes y después han documentado que dicha práctica segura mejora uno o más aspectos de la Seguridad del Paciente. Estas mediciones pueden ser cualitativas o cuantitativas.</li> <li>•De eficacia no probada: Se ha implementado pero las mediciones realizadas antes y después de la implementación no han mostrado mejoras en la SP.</li> <li>•Potencialmente seguras: Se ha implementado y la medición inicial se ha establecido. Sin embargo, no existe medición tras la implementación. A veces, la medición tras la implementación no se ha realizado, porque el periodo de implementación es aún insuficiente para poder demostrar ser efectiva. En ocasiones la medición tras su implementación no será establecida en su totalidad.</li> <li>•No evaluada: Fue implementada pero no se realizó la medición inicial</li> <li>•Aún no implementada: No ha sido implementada. Podría ser el caso, por ejemplo, de una práctica en desarrollo o simplemente una idea</li> </ul>
<b>Práctica en Seguridad del Paciente</b>	Práctica, comportamiento, acción, procedimiento o estructura con el propósito directo o indirecto de mejorar la Seguridad del Paciente dentro de la institución <sup>171</sup>
<b>Práctica transferible</b>	Una práctica en Seguridad del Paciente es transferible cuando se ha probado efectiva en un Sistema de Salud, un contexto de cuidados diferente o una especialidad diferente para la que fue diseñado/implementado o testado. <sup>172</sup>

<sup>166</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>167</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>168</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>169</sup> AHRQ. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment n° 211. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, 2013

<sup>170</sup> Traducido de: PASQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care). Glossary and Conceptual Frameworks.

<sup>171</sup> Traducido de "Leading evidence informed value improvement in health care, Kingsham Press, Chichester, UK. 2009. ISBN: 9781904235668"

<sup>172</sup> Traducido de: PASQ (European Union Network for Patient Safety and Quality of Care). Glossary and Conceptual Frameworks

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Prácticas Universalmente Reconocidas (PUR) en SP</b>	Agrupa aquellas prácticas internacionalmente aceptadas ahora (o en el futuro) como de primer nivel en la Seguridad del Paciente. <sup>173</sup>
<b>Prevención</b>	Modificación del sistema [...] para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable; toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo <sup>174</sup>
<b>Prevención cuaternaria</b>	Acciones desarrolladas para atenuar o evitar las consecuencias del intervencionismo médico por ser excesivo, innecesario, no disponer de suficiente evidencia o existir alternativas éticamente aceptables <sup>175,176</sup>
<b>Prevenible</b>	Aceptado por la comunidad como evitable en el conjunto concreto de circunstancias <sup>177</sup>
<b>Probabilidad</b>	Posibilidad de que pueda ocurrir un evento <sup>178</sup>
<b>Probabilidad de ocurrencia</b>	Clasificaciones <sup>179</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• raro/ improbable/ moderado/ probable/ casi cierto</li> <li>• imposible/ improbable/ remoto/ ocasional/ probable/ frecuente</li> </ul>
<b>Problema de seguridad</b>	Protocolos, procedimientos, productos o equipos que tienden a dar problemas, o procesos que generan riesgos y pueden degradar la capacidad [de los profesionales] de prestar una atención óptima al paciente <sup>180</sup>
<b>Procedimiento</b>	Forma específica para llevar a cabo un actividad o un proceso <sup>181</sup>
<b>Procedimiento invasivo</b>	Procedimiento que supone la punción o incisión de la piel o la introducción de un instrumento o de material extraño en el organismo <sup>182</sup>
<b>Procedimientos de alto riesgo</b>	Procedimientos quirúrgicos o de otro tipo que ponen al paciente en riesgo de muerte o de discapacidad <sup>183</sup>
<b>Proceso</b>	Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Los elementos de entrada para un proceso son generalmente resultados de otros procesos. Los procesos de una organización son generalmente planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas para aportar valor. <sup>184</sup>

<sup>173</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias

<sup>174</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>175</sup> Bentzen N ed. WONCA dictionary of general/family practice. Copenhagen:Maanedskift Lager, 2003

<sup>176</sup> Gervás J, Pérez-Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. Atención Primaria 2003; 32: 158-162

<sup>177</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>178</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>179</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>180</sup> Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative:Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001

<sup>181</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>182</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003

<sup>183</sup> Procedimientos quirúrgicos o de otro tipo que ponen al paciente en riesgo de muerte o de discapacidad

<sup>184</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005



Término	Definición
<b>Proceso de alto riesgo</b>	Proceso que de no planificarse o aplicarse correctamente tiene gran capacidad de repercutir negativamente en la seguridad del paciente <sup>185</sup>
<b>Productos biológicos</b>	Medicamentos elaborados a partir de organismos vivos y sus productos, como sueros, vacunas, antígenos y antitoxinas <sup>186</sup> .
<b>Puntos de riesgo</b>	Puntos específicos de un proceso que son vulnerables a errores o fallos del sistema <sup>187</sup>
<b>Razonamiento basado en casos</b>	Sistema de apoyo a la toma de decisiones que utiliza una base de datos de casos <sup>188</sup> similares.
<b>Reacción adversa</b>	Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento <sup>189</sup>
<b>Reacción adversa a un medicamento (RAM)</b>	<p>Alteraciones y/o lesiones producidas cuando los medicamentos se utilizan de manera apropiada, las cuales son difícilmente evitables<sup>190</sup></p> <p>Reacción no deseada, asociada al uso de un fármaco, que pone en peligro la eficacia terapéutica de este, aumenta su toxicidad, o ambas cosas<sup>191</sup>.</p> <p>Términos relacionados: Reacción adversa imprevista a un medicamento, Reacción adversa potencialmente mortal a un medicamento</p> <p><i>Definiciones según Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano:</i></p> <p><b>Reacción adversa:</b> Cualquier respuesta nociva y no intencionada a un medicamento.</p> <p><b>Reacción adversa grave:</b> Cualquier reacción adversa que ocasione la muerte, pueda poner en peligro la vida, exija la hospitalización del paciente o la prolongación de la hospitalización ya existente, ocasione una discapacidad o invalidez significativa persistente, o constituya una anomalía congénita o defecto de nacimiento. A efectos de su notificación, se tratarán también como graves aquellas sospechas de reacción adversa que se consideren importantes desde el punto de vista médico, aunque no cumplan los criterios anteriores, como las que ponen en riesgo al paciente o requieren una intervención para prevenir alguno de los desenlaces anteriores y todas las sospechas de transmisión de un agente infeccioso a través de un medicamento.</p> <p><b>Reacción adversa inesperada:</b> Cualquier reacción adversa cuya naturaleza, gravedad o consecuencias no sean coherentes con la información descrita en la ficha técnica del medicamento.</p>

<sup>185</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources, 2003

<sup>186</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998.

<sup>187</sup> United States Food and Drug Administration. *Code of Federal Regulations, Title 21, Volume 5*. Washington, DC: United States Government Printing Office. 2003.

<sup>188</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. *Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>189</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) *Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland

<sup>190</sup> *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>191</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms*. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<b>Reacción transfusional</b>	Aglutinaciones y hemólisis intravasculares masivas de los hematíes que aparecen después de una transfusión sanguínea <sup>192</sup>
<b>Referente</b>	Método, procedimiento o medida ampliamente aceptado como el mejor de los disponibles. Ofrece un punto de referencia frente al que pueden medirse los resultados de otros métodos, procedimientos o medidas <sup>193</sup> .
<b>Registro</b>	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas <sup>194</sup>
<b>Relación causal</b>	Establecimiento de una relación de causa a efecto entre [un] acto supuestamente negligente y las presuntas lesiones <sup>195</sup>

<sup>192</sup> *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006*

<sup>193</sup> *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998*

<sup>194</sup> *Norma UNE-EN-ISO9000:2005*

<sup>195</sup> *Segen JC. Current Med Talk: A Dictionary of Medical Terms, Slang & Jargon. Stanford, CT: Appleton and Lange, 1995*

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Relación semántica</b>	La forma en que las cosas (como las clases o los conceptos) se asocian entre sí con arreglo a su significado <sup>196</sup> .
<b>Requisito</b>	Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria <sup>197</sup>
<b>Resiliencia</b>	Grado en el que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes <sup>198</sup> .
<b>Resistencia Zero</b>	Es un proyecto flexible que parte de unas recomendaciones guía, para prevenir la emergencia de bacterias multirresistentes en los pacientes críticos. Contempla la aplicación de 2 actividades complementarias: una intervención estandarizadas (paquete de 10 recomendaciones) y un plan de seguridad integral para promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario de las UCI. <sup>199</sup>
<b>Responsable</b>	Que ha de rendir cuentas <sup>200</sup> .
<b>Resultado</b>	Producto del desempeño (o no desempeño) de una o varias funciones o procesos <sup>201</sup> . Términos relacionados: Resultado adverso, Resultado grave, Resultado para el paciente, Resultado para la organización, Resultado sanitario del paciente
<b>Retención del riesgo</b>	Asumir las pérdidas ocasionadas por un determinado riesgo <sup>202</sup>
<b>Riesgo</b>	Probabilidad de que ocurra un incidente <sup>203</sup>
<b>Riesgo asistencial o clínico</b>	Cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas. Comprende condiciones como sucesos adversos, errores, casi-errores, accidentes, incidentes, efectos adversos de medicamentos, negligencias y litigios. <sup>204</sup>
<b>Riesgo quirúrgico</b>	Probabilidad de un resultado adverso y de muerte asociados a la cirugía y la anestesia <sup>205</sup> .

<sup>196</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>197</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>198</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>199</sup> Resistencia Zero. Prevención de la emergencia de bacterias multirresistentes en el paciente crítico "Proyecto Resistencia Zero". Madrid. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2014.

<sup>200</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland

<sup>201</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<sup>202</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>203</sup> World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web-Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety. Geneva, Switzerland.

<sup>204</sup> Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

<sup>205</sup> Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, editor. Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms. 2nd ed. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1998

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Riesgo relacionado con el entorno sanitario</b>	Cualquier situación no deseable o factor que contribuye a que se produzca, relacionado con la presencia del paciente en el hospital y que puede tener consecuencias negativas <sup>206</sup>
<b>Riesgo residual</b>	Riesgo que permanece después de que se han tomado las medidas de tratamiento de riesgo <sup>207</sup>
<b>Riesgo aceptable, riesgo tolerable</b>	Riesgo aceptable dentro de un contexto específico basado en los valores admitidos por la sociedad <sup>208</sup>
<b>Salud</b>	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades <sup>209</sup>
<b>Seguridad</b>	Grado en el que se reducen el riesgo de una intervención [...] y el riesgo en el entorno asistencial para el paciente y para otras personas, incluidos los profesionales de la atención sanitaria <sup>210</sup> .
<b>Seguridad del paciente</b>	Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria <sup>211</sup> Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria <sup>212</sup> .
<b>Seguridad en el uso de los medicamentos</b>	El hecho de estar a salvo de lesiones accidentales durante el uso de medicamentos; actividades para evitar, prevenir o corregir eventos adversos que puedan derivar del uso de medicamentos <sup>213</sup>
<b>Sesgo retrospectivo</b>	Tendencia a simplificar en exceso y a asignar causas sencillas (errores humanos) a eventos durante las investigaciones posteriores a estos (es decir, conocer el resultado de un evento sesga nuestra percepción de los factores contribuyentes) <sup>214</sup>

<sup>206</sup> Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

<sup>207</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>208</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>209</sup> Leape LL. Error in medicine. In: Rosenthal MM, Mulcahy L, Lloyd-Bostock S, eds. Medical Mishaps: Pieces of the Puzzle. Buckingham, UK: Open University Press, 1999, pp. 20-38.

<sup>210</sup> Joint Commission Resources, Inc. 2005 Hospital Accreditation Standards. Oakbrook Terrace: Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, 2005

<sup>211</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>212</sup> Cooper JB, Gaba DM, Liang B, Woods D, Blum LN. The National Patient Safety Foundation Agenda for Research and Development in Patient Safety. MedGenMed. 2(3):E38, 2000

<sup>213</sup> Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety - approved terms. Council of Europe. 2005

<sup>214</sup> Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation, 2001

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>SINOC</b>	Es el sistema de acreditación de calidad que ha elaborado el SESPA <sup>215</sup> . Trata de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por un lado adaptar plenamente el modelo de calidad a desarrollar en los centros asistenciales del SESPA, tratando de normalizar al máximo, de forma centralizada, los objetivos e indicadores a desarrollar.</li> <li>• Nutrirse de las ventajas de los tres principales modelos,(Norma ISO, Excelencia EFQM y Acreditación JCI) buscando la integración de los mismos, más que la imitación autista de uno de ellos.</li> </ul>
<b>Sistema</b>	Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común <sup>216</sup> .
<b>Sistema de gestión de la calidad</b>	Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad <sup>217</sup>
<b>Sistema de gestión de riesgos</b>	Conjunto de procesos de los que se dota la organización para la gestión de riesgos <sup>218</sup> . Debe incluir, como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de políticas y normas sobre la gestión de riesgos</li> <li>• Asignación de responsabilidades y competencias</li> <li>• Determinación y provisión de los recursos necesarios</li> <li>• Determinación de los criterios para evaluar los riesgos</li> <li>• Implantación de los procesos de la gestión de riesgos</li> <li>• Seguimiento y mejora</li> </ul>
<b>Sistema de información clínica</b>	Componentes de un sistema de información de la atención sanitaria ideado para fundamentar en él la prestación de asistencia a los pacientes <sup>219</sup> .
<b>Sistema de notificación</b>	Procesos y tecnologías implicadas en la estandarización de la comunicación de eventos adversos o incidentes u otros riesgos. Los elementos a estandarizar son: los formularios, las formas de comunicación, la retroalimentación (feed back) de los resultados, el análisis, las recomendaciones y la difusión de las lecciones aprendidas en la comunicación de eventos adversos, incidentes o riesgos <sup>220</sup> .
<b>Situación peligrosa</b>	Circunstancia en la que las personas, la propiedad o el ambiente están expuestos a uno o más peligros <sup>221</sup>
<b>Suceso</b>	Ocurrencia de un conjunto particular de circunstancias <sup>222</sup>
<b>Suceso adverso</b>	Conjunto de incidentes y efectos adverso <sup>223</sup>

<sup>215</sup> SINOC. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC). Versión 5. 2012.

<sup>216</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000

<sup>217</sup> Norma UNE-EN-ISO9000:2005

<sup>218</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>219</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. *Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>220</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>221</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>222</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<sup>223</sup> Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Sufrimiento</b>	Vivencia de algo subjetivamente desagradable <sup>224</sup>
<b>Suicidio</b>	Acción por la que un sujeto se quita la vida de modo voluntario o intencionado <sup>225</sup>
<b>Sustancia tóxica</b>	Productos químicos que están presentes en concentración suficiente para poner en peligro la salud humana <sup>226</sup>
<b>Taxonomía</b>	Sistema para nombrar y organizar los elementos en grupos que comparten características similares <sup>227</sup>
<b>Tecnología médica</b>	Técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos utilizados por los profesionales sanitarios en la prestación de atención médica a las personas, y sistemas en los que se dispensa dicha atención <sup>228</sup>
<b>Terminología de la atención sanitaria</b>	Término colectivo utilizado para describir en su totalidad el conjunto de códigos, la clasificación y la nomenclatura (vocabulario). <sup>229</sup> Términos relacionados: Terminología de referencia, Terminologías
<b>Transición asistencial</b>	Toda interfaz en la que la prescripción debe ser revisada y nuevamente registrada de acuerdo a las políticas de la organización. A nivel hospitalario incluye el ingreso, traslado de servicio y el alta hospitalaria; desde el punto de vista ambulatorio habría que incluir la atención domiciliaria, la asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas, así como los cambios de domicilio y de médico de familia o los ingresos en centros sociosanitarios <sup>230</sup>
<b>Transición de cuidados</b>	Cambio de un paciente desde un proveedor de cuidado de salud o establecimiento sanitario a otro <sup>231</sup>
<b>Transferencia del riesgo</b>	Compartir con otros las pérdidas debidas a un riesgo. (Notas: Para ciertos riesgos puede estar prohibida la transferencia del riesgo debido a mandatos legales o reglamentarios. La transferencia del riesgo puede ser llevada a cabo mediante el aseguramiento u otros acuerdos. La transferencia del riesgo nunca puede generar nuevos riesgos o modificar el existente. No se considera un transferencia de riesgo la reubicación de una fuente de riesgo) <sup>232</sup> .

<sup>224</sup> World Health Organization, *World Alliance for Patient Safety (2007, June) Report on the Web- Based Modified Delphi Survey of the International Classification for Patient Safety*. Geneva, Switzerland

<sup>225</sup> Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006

<sup>226</sup> National Quality Forum. *Serious Reportable Events in Healthcare: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum, 2002

<sup>227</sup> National Audit Office. Department of Health. *A Safer Place for Patients: Learning to improve patient safety*. London: Comptroller and Auditor General (HC 456 Session 2005-2006). 3 November 2005

<sup>228</sup> Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, editors. *Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academies Press, 2000

<sup>229</sup> Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. *Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care*. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004

<sup>230</sup> Rodríguez G, Rosich I. *Conciliación de la medicación. Capítulo 2. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el pa paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. SEFAP 2012.

<sup>231</sup> *Transitions of care: the need for collaboration across entire care continuum*. Joint Commission International. [www.jointcommission.org/toc](http://www.jointcommission.org/toc)

<sup>232</sup> Norma UNE-EN-ISO179003:2013

<b>Término</b>	<b>Definición</b>
<b>Trauma obstétrico</b>	Lesiones en el recién nacido ocasionadas durante el parto <sup>233</sup>
<b>Tratamiento del riesgo</b>	Proceso para seleccionar e implementar las medidas dirigidas a reducir o evitar un riesgo. (Notas: El término “tratamiento del riesgo” a veces es utilizado para indicar las medidas a llevar a cabo para tratar los riesgos. Las medidas para el tratamiento del riesgo pueden incluir la evitación del riesgo, la optimización, la transferencia o la retención del riesgo) <sup>234</sup> .
<b>Trazabilidad</b>	Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración <sup>235</sup>
<b>Valoración del riesgo</b>	Proceso global que integra el análisis del riesgo y la evaluación del riesgo <sup>236</sup>
<b>Verificación</b>	Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados <sup>237</sup>
<b>Vigilancia</b>	Recopilación y revisión sistemáticas de datos para examinar la extensión de una enfermedad, supervisar tendencias y detectar cambios en la frecuencia de la enfermedad <sup>238</sup>

<sup>233</sup> *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006*

<sup>234</sup> *Norma UNE-EN-ISO179003:2013*

<sup>235</sup> *Norma UNE-EN-ISO9000:2005*

<sup>236</sup> *Norma UNE-EN-ISO179003:2013*

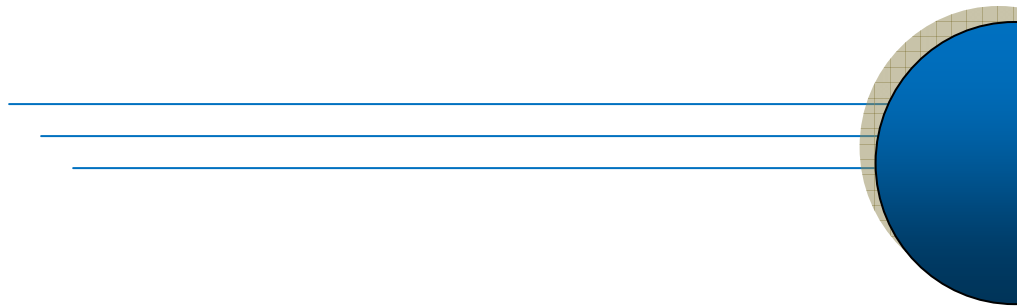
<sup>237</sup> *Norma UNE-EN-ISO9000:2005*

<sup>238</sup> *Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, Erickson S, editors. Institute of Medicine, Committee on Data Standards for Patient Safety, Board on Health Care Services. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington DC: National Academies of Sciences, 2004*





## 7. BIBLIOGRAFÍA





## 7. Bibliografía

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. The National Academies Press; 2000.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324(6):370-6.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38(3):261-71.
4. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163(9):458-71.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. [Internet]. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2001. p. 517-9. Recuperado a partir de: <http://www.bmj.com/content/322/7285/517.long>
6. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*. 2001;163(39):5370-8.
7. Davis P, Lay-Yee R, Schug S, Briant R, Scott A, Johnson S, et al. Adverse events regional feasibility study: indicative findings. *N Z Med J*. 2001;114(1131):203-5.
8. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*. 2004;170(11):1678-86.
9. Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(4):297-302.
10. Aranaz-Andres Jesús María, Aibar-Remon C. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Ministerio de Sanidad y política Social de España. 2010 [citado 4 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_I\\_BEAS.pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_I_BEAS.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. 2014 [citado 1 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)
12. De Vries E, Ramrattan M, Smorenburg S, Gouma D, Boermeester M. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Heal Care*. 2008;17(3):216-23.

13. A brief synopsis on patient safety [Internet]. World Health Organization. 2010 [citado 22 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/111507/E93833.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/111507/E93833.pdf)
14. Donaldson L. An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Norwich, United Kingdom: Stationery Office. 2000.
15. Seven steps to patient safety: full reference guide [Internet]. National Patient Safety Agency. 2004 [citado 1 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/>
16. Clean care is Safer care [Internet]. World Health Organization. [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/gpsc/5may/en/index.html>
17. Safe Surgery [Internet]. World Health Organization. [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
18. The evolving threat of antimicrobial resistance - Options for action [Internet]. World Health Organization. 2012. Recuperado a partir de:  
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/>
19. Antimicrobial resistance Draft global action plan on antimicrobial resistance [Internet]. World Health Organization. 2015 [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_20-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_20-en.pdf?ua=1)
20. Patients for Patient Safety [Internet]. World Health Organization. [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/)
21. From information to action Reporting and learning for patient safety [Internet]. World Health Organization. [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting\\_and\\_learning/en/](http://www.who.int/patientsafety/implementation/reporting_and_learning/en/)
22. Cresswell K, Panesar S, Salvilla S, Carson-Stevens A, Larizgoitia I, Donaldson L, et al. Global Research Priorities to Better Understand the Burden of Iatrogenic Harm in Primary Care: An International Delphi Exercise [Internet]. PLOS Medicine. 2013 [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.who.int/patientsafety/primary-care-priorities.pdf>
23. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. World Health Organization. 2009 [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
24. The High 5s Project Interim Report [Internet]. World Health Organization. 2014 [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5\\_InterimReport.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/High5_InterimReport.pdf?ua=1)
25. Las soluciones de seguridad del paciente [Internet]. World Health Organization. 2007 [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>

26. Safer Primary Care [Internet]. World Health Organization. [citado 26 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/patientsafety/safer\\_primary\\_care/en/](http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/)
27. Indicadores de Calidad de Atención Sanitaria. Proyecto de indicadores de calidad de atención sanitaria. Patient safety data systems in the OECD: a report of a joint Irish department of health - OECD conference [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo por acuerdo con la OCDE. 2007 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/indicadores\\_calidad\\_atencion\\_sanitaria.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/indicadores_calidad_atencion_sanitaria.pdf)
28. OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators [Internet]. OECD. 2013 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
29. Recommendation Rec (2006) of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care [Internet]. Council of Europe. 2006 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439>
30. European Commission. Public Health. Patient Safety [Internet]. [sede web]. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/policy/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_en.htm)
31. Patient Safety – Making it Happen!. Luxembourg Declaration on Patient Safety [Internet]. Commission, European Protection, DG Health and Consumer. 2015 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/ev\\_20050405\\_rd01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf)
32. European Patients Forum. EUNetPaS [Internet]. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.eu-patient.eu/whatwedo/Projects/EUNetPaS/>
33. European Commission. Report From The Commission To The Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infect [Internet]. Brussels: European Commission. 2009 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_en.pdf)
34. European Commission. Report From The Commission To The Council The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated inf [Internet]. Brussels: European Commission. Brussels: European Commission. 2014 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/ec\\_2ndreport\\_ps\\_implementation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf)
35. European Union Network for Patient Safety and Quality of Care [Internet]. [sede web] PaSQ. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.pasq.eu/>

36. Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión delegada de la comisión de 10 de marzo de 2014 por la que se establecen los criterios y las condiciones que las redes europeas de referencia y los prestadores de asistencia sanitaria que deseen ingresar en las [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea L 147/71. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/ern/docs/ern\\_delegateddecision\\_20140310\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ern/docs/ern_delegateddecision_20140310_es.pdf)
37. Diario Oficial de la Unión Europea. Decisión de ejecución de la comisión de 10 de marzo de 2014 por la que se fijan los criterios para la creación y evaluación de las redes europeas de referencia y de sus miembros, y se facilita el intercambio de informac [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea L 147/79. 2014 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://ec.europa.eu/health/ern/docs/ern\\_implementingdecision\\_20140310\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ern/docs/ern_implementingdecision_20140310_es.pdf)
38. Diario Oficial de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo sobre seguridad de los pacientes y calidad asistencial, en particular la prevención y la lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y la resistencia bacteriana. Diario Oficial de la Unión Europea C 438/7. 2014.
39. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente [Internet]. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2007 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Calidad%20y%20seguridad%20del%20paciente.pdf>
40. Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira J, Duarte H, Reveiz L, et al. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J QualHealth Care*. 2015;27(1):52-9.
41. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina [Internet]. Organización Panamericana de la Salud Washington, D.C. 2013 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=1530&layout=blog&Itemid=1557&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1530&layout=blog&Itemid=1557&lang=es)
42. Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) [Internet]. Madrid, MSC. 2005 [citado 4 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
43. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio\\_apeas.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf)
44. Aibar Remón C, Aranaz Andrés J, Mira Solves J, Pérez Pérez P, Rabaneque Hernández M, Vitaller Burillo J. Estudio EARCAS: Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>

45. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (SYREC 2007). Informe mayo 2009 [Internet]. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2010. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/syrec.pdf>
46. Tomas S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22(6):415-28.
47. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la "no seguridad del paciente" [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
48. Antoñanzas Villar F. Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Salud Publica. SciELO Espana*; 2013;87(3):283-92.
49. Allué N, Chiarello P, Bernal E, Castells X, Giraldo P, Martínez C, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. *Gac Sanit*. 2014;28(1):48-54.
50. Saturno PJ, Da Silva Z, De Oliveira SL, De Souza AC, Fonseca Y, Sobral M. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2009 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/2007/analisis-cultura-seguridad/>
51. Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la atención primaria del sistema nacional de salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2014 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/percepcion-opinion/>
52. Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario\\_seguridad\\_sistema\\_medicamentos\\_hospitales.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario_seguridad_sistema_medicamentos_hospitales.pdf)
53. ISMP Medication Safety Self-Assessment for hospitals [Internet]. Institute for Safe Medication Practices. 2004 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.ismp.org/selfassessments/hospital/ismppworkbooksfinal.pdf>
54. Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles (2007) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>

55. Evolución de la implantación de prácticas seguras de utilización de medicamentos en los hospitales españoles (2007-2011) [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPS\\_MEDICAMENTOS\\_Corregido.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EPS_MEDICAMENTOS_Corregido.pdf)
56. Proyecto MARC. Elaboración de una Lista de Medicamentos de Alto Riesgo para los Pacientes Crónicos. Informe 2014 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto\\_MARC\\_2014.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf)
57. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) [Internet]. [sede web]. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://hws.vhebron.net/epine/>
58. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en UCI (ENVIN-HELICS) [Internet]. [sede web]. [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://hws.vhebron.net/envin-helics/>
59. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) [Internet]. [sede web]. [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://www.sinasp.es/>
60. La perspectiva de los ciudadanos por la seguridad del paciente [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva\\_ciudadanos\\_SP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Perspectiva_ciudadanos_SP.pdf)
61. Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria. Principado de Asturias 2003-2007 [Internet]. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud. 2003 [citado 30 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/plan\\_calidad\\_asturias\\_2003\\_2007.pdf](http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/plan_calidad_asturias_2003_2007.pdf)
62. Estudio de los efectos adversos en la atención hospitalaria en el Principado de Asturias (EAPAS). [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2008 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Estudio%20Efectos%20Adversos%20Principado%20de%20Asturias.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Estudio%20Efectos%20Adversos%20Principado%20de%20Asturias.pdf)
63. García E, Escobar J. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS, Proyecto SENECA [Internet]. Ministerio de sanidad y política social, España; 2008 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>



64. Bermejo M, Cuervo L, Fernández B, González M, Jiménez P, Martínez M, et al. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2010 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=816f1e5badcf8210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
65. Campanelli C. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(4):616-31.
66. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(2):89-96.
67. Holt S, Schmiedl S, Thürmann P. Potentially Inappropriate Medications in the Elderly: The PRISCUS List. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(31-32):543-51.
68. Gonzalez M, Alonso F, Alonso M, Arias S, Álvarez A, Álvarez N, et al. Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=cb855ad0aa811310VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
69. Portal de Salud del Principado de Asturias-astursalud. [sede web] Higiene de manos [Internet]. [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=829140bfe55b4410VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
70. González M. Sistema de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en el Principado de Asturias [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=4c03886e29fd0310VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
71. Llano B, Martínez C, De la Vega J, Fernández Y, Conde S, Espina R, et al. Guía técnica: limpieza, desinfección y esterilización para atención primaria [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2011 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=eede15c606821310VgnVCM10000098030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>

72. DECRETO 4/86, de 12 de enero, por el que se establece el sistema de hemovilancia del Principado de Asturias [Internet]. BOPA. 2006 [citado 1 de febrero de 2015]. Recuperado a partir de: <https://sede.asturias.es/bopa/2006/01/26/20060126.pdf>
73. Ministerio de Sanidad. Medicina transfusional [Internet]. [sede web]. [citado 1 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/home.htm>
74. Red de Hemovigilancia del Principado de Asturias [Internet]. [sede web]. [citado 1 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=c70cc90420955210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
75. Gestión Clínica en el Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. [sede web]. [citado 1 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://gestionclinica.sespa.es/>
76. SINOC-DAIME. Sistema de Gestión de la Calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Servicio de Calidad y Gestión Clínica (SESPA). [citado 10 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://gestionclinica.sespa.es/sinoc.htm>
77. Saturno PJ, Da Silva Gama Z, Fonseca Y. Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del sistema nacional de salud [Internet]. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. 2008 [citado 6 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.seguriddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Indicadores\\_buenas\\_practicas\\_SP\\_Resultados\\_medicion\\_hospitales\\_SNS.pdf](http://www.seguriddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf)
78. Denham CR. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim. *J Patient Saf.* 2007;3(2):107-19.
79. Porto G, Lauve R. Disruptive clinical behavior: A persistent threat to patient safety. [Internet]. *Patient Safety and Quality Healthcare.* 2006. Recuperado a partir de: <http://www.psqh.com/julaug06/disruptive.html>.
80. Leadership committed to safety [Internet]. The Joint Commission. Alerta n<sup>o</sup> 43. 2009 [citado 1 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea\\_43.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea_43.pdf)
81. Cooper M. Towards a model of safety culture. *Saf Sci.* 2000;36:111-36.
82. Universidad de Michigan. Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción, (Traducción de «Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action» ) [Internet]. 2008 [citado 6 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando\\_Seguridad\\_Paciente\\_Hospitales.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Mejorando_Seguridad_Paciente_Hospitales.pdf)
83. Leape L. A systems analysis approach to medical error. *J Eval Clin Pr.* 1997;3(3):213-22.
84. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Heal Care.* 2009;18(6):424-8.
85. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-70.

86. Weaver S, Lubomski L, Wilson R, Pfoh E, Martinez K, Dy S. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(Mar 5):369-74.
87. National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare – 2010 Update [Internet]. 2010 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare\\_-\\_2010\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_-_2010_Update.aspx)
88. Shojania K, Duncan B, McDonald K, Wachter R, Markowitz A. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. *Evid Rep Technol Assess.* 2001;43:1-668.
89. Astier-Peña MP, Torijano-Casalengua ML, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández J. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *Eur J Public Health.*
90. Prioridades mundiales para la investigación sobre seguridad del paciente [Internet]. World Health Organization. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/patientsafety/research/priority\\_setting/es/](http://www.who.int/patientsafety/research/priority_setting/es/)
91. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés J, García-Montero J, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *MEd Clin.* 2008;131(Supl 3):12-7.
92. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria (MOSPS) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2001 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
93. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
94. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks [Internet]. World Health Organization. 2013 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/185779/e96814.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf)
95. Berger Z, Flickinger T, Dy S. Promoting Engagement by Patients and Families To Reduce Adverse Events. *Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices.* 2013.
96. Patients for Patient Safety. London Declaration [Internet]. World Health Organization. 2005 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/patientsafety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/)
97. Aibar Remón C. ¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente? *Rev Calid Asist.* 24(5):183-4.
98. Saturno P. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2009;24(3):124-30.

99. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, 15 noviembre 2002. :40126 a 40132.
100. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 128, 29 mayo 2003. :20567-88.
101. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social [Internet]. BOE-A-2013-12632. [citado 21 de julio de 2015]. p. 95635-73. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>
102. Consumer Guide to Adverse Health Events [Internet]. Minnesota Department of Health. 2013 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/consumerguide13.pdf>
103. Sentinel Event Data Root Causes by Event Type 2004 – 2014 [Internet]. Joint Commission. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root\\_Causes\\_by\\_Event\\_Type\\_2004-2014.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf)
104. Zinn C. 14000 preventable deaths in Australian hospitals. BMJ [Internet]. 10 de junio de 1995 [citado 4 de junio de 2015];310(6993):1487-1487. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/abstract/med/7787586>
105. Solet D, Norvell J, Rutan G, Frankel R. Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. Acad Med. 2005;80(12):1094-9.
106. Metas internacionales en seguridad del paciente [Internet]. Joint Commission International Accreditation Standards for Ambulatory Care. 2015 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://es.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI\\_Ambulatory\\_Care\\_3e\\_STANDARDS\\_ONLY.pdf](http://es.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Ambulatory_Care_3e_STANDARDS_ONLY.pdf)
107. guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente [Internet]. Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia\\_practica/Guxa\\_Prxctica\\_Seguridad\\_del\\_Paciente-2ed.pdf](http://www.epes.es/anexos/publicacion/guia_practica/Guxa_Prxctica_Seguridad_del_Paciente-2ed.pdf)
108. The HPI SEC & SSER Patient Safety Measurement System for Healthcare [Internet]. Healthcare Performance Improvement, LLC. 2009 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://hpiresults.com/docs/PatientSafetyMeasurementSystem.pdf>
109. Perez M, Elorriaga M, Castelao A, Rossell M, Berros M, Escribano R. Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias [Internet]. consejería de Sanidad. 2014 [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202014/9%202014/Guia%20Residuos%20Sanitarios.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202014/9%202014/Guia%20Residuos%20Sanitarios.pdf)

110. Shekelle P, Pronovost P, Wachter R, McDonald K, Schoelles K, Dy S, et al. The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Ann Intern Med.* 2013;158:362-8.
111. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp1.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf)
112. Patient safety [Internet]. World Health Organization [sede web]. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/en/>
113. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [se web] [Internet]. [citado 7 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://psnet.ahrq.gov/primerHome.aspx>
114. Morís J, Fernández E, Aibar-Remón C, Castan S, Ferrer J. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Med Clin Monogr.* 2008;131(Supl 3):72-8.
115. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación ISMP-España. Errores por confusión en la identificación de los pacientes. *ISMP-España Boletín* nº 30. 2009;
116. Soluciones para la seguridad del paciente. Identificación de pacientes [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2007 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1>
117. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
118. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones [Internet]. Ministerio de sanidad y política social. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf)
119. Bloque Quirúrgico. Estándares y recomendaciones. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/estandares/estandar\\_07.pdf](http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/estandares/estandar_07.pdf)
120. World Health Organization. World Population Prospects: The 2004 Revision [Internet]. [citado 21 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/wpp2004.htm>
121. Abellán A, Puga M. Estudio monografico. La discapacidad en la población española. 2004;777-809.
122. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2010 [Internet]. Observatorio de personas Mayores del Imserso. [citado 8 de julio de 2010]. Recuperado a partir de: [http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023\\_inf201Opm\\_v1.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023_inf201Opm_v1.pdf)

123. INE. Encuesta sobre Discapacidades, deficiencias y estado de salud [Internet]. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>
124. Otero A, Zunzunegui M, Rodríguez-Laso A, Aguilar M, Lázaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *RevEsp Salud Pública*. 2004;78(2):201-13.
125. Gómez-Pavón J, Martín I, Baztán J, Regato P, Abizanda P, Formiga F. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de Trabajo, 1ª Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42(Sup 2):15-56.
126. Baztaán J. Función y fragilidad: ¿qué tenemos que medir? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(Sup 1):36-42.
127. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Med Sci*. 2004;59(3):255-63.
128. Martín I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán J, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 2010;42(7):388-93.
129. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346(22):1715-22.
130. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93.
131. Estabrooks C, Midodzi W, Cummings G, Ricker K, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res*. 2005;54(2):74-84.
132. Ablanado J, Díaz J, Fernández M, Fernández C, Fernández P, García P, et al. Prevención de caídas de pacientes ingresados [Internet]. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2011 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Folleto%20prevencion%20caidas.pdf)
133. Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión [Internet]. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2008 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=f3cffd96d10e2210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=89ce5fd32fee2210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
134. Leistner R, Kankura L, Bloch A, Sohr D, Gastmeier P, Geffers C. Attributable costs of ventilator-associated lower respiratory tract infection (LRTI) acquired on intensive care units: a retrospectively matched cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2013;2(1).

135. Chen Y, Chou Y, Chou P. Impact of nosocomial infection on cost of illness and length of stay in intensive care units. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005;26(3):281-7.
136. Greco G, Shi W, Michler R, Meltzer D, Ailawadi G, Hohmann S, et al. Costs Associated With Health Care–Associated Infections in Cardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2015;65(1):15-23.
137. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide [Internet]. World Health Organization. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.who.int/gpsc/country\\_work/burden\\_hcai/en/](http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/)
138. Healthcare-associated Infections [Internet]. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent\\_pubs.html](http://www.cdc.gov/HAI/prevent/prevent_pubs.html)
139. Directory of online resources for prevention and control of antimicrobial resistance and healthcare-associated infections [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated\\_infections/guidance-infection-prevention-control/Pages/guidance-prevention-control-infections-caused-by-multidrug-resistant-bacteria-and-healthcare-associated-infections.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/guidance-infection-prevention-control/Pages/guidance-prevention-control-infections-caused-by-multidrug-resistant-bacteria-and-healthcare-associated-infections.aspx)
140. Programa Higiene de Manos [Internet]. Seguridad del Paciente - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos/>
141. Proyecto Bacteriemia Zero [Internet]. Seguridad del Paciente - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero/>
142. Proyecto Neumonía Zero [Internet]. Seguridad del Paciente - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-neumonia-zero/>
143. Proyecto Resistencia Zero [Internet]. Semicyuc. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.semicyuc.org/temas/investigacion/proyectos-de-la-semicyuc/neumonia-zero/proyecto-resistencia-zero>
144. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme*. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.
145. Palomar M, Álvarez-Lerma F, Riera A, Díaz M, Torres F, Agra Y, et al. Impact of a national multimodal intervention to prevent catheter-related bloodstream infection in the ICU: the Spanish experience. *Crit Care Med*. 2013;41(10):2364-72.

146. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32.
147. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013 [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/\\_layouts/forms/Publication\\_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205](http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1205)
148. Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos 2014-2018 [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/docs/plan-estrategico-antibioticos.pdf>
149. Decreto 31/2015, de 29 de abril, por el que se regulan la participación profesional y las comisiones clínicas en las áreas sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Consejería de Sanidad. 2015 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7?vgnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRD&fecha=07/05/2015&refArticulo=2015-07890&i18n.http.lang=es>
150. Kanjanarat P, Winterstein A, Johns T, Hatton R, Gonzalez-Rothi R, Segal R. Nature of preventable adverse drug events in hospitals: a literature review. *Am J Heal Syst Pharm*. 2003;60(17):1750-9.
151. Lacasa C, Ayestarán A. Estudio Multicéntrico español para la Prevención de Errores de Medicación. Resultados de cuatro años (2007-2011). *Farm Hosp*. 2012;36(5):356-67.
152. Otero-López M, Alonso-Hernández P, Maderuelo-Fernández J, Garrido-Corro B, Domínguez-Gil A, Sánchez-Rodríguez A. Acontecimientos adversos prevenibles causados por medicamentos en pacientes hospitalizados. *MEd Clin*. 2006;126(3):81-7.
153. Puche-Cañasa E, Luna J de D. Reacciones adversas a medicamentos: una revisión actualizada del problema en España. *Rev Clin Esp*. 2006;206(7):336-9.
154. Baena M, Faus M, Marín R, Zarzuelo A, Jiménez J, Martínez J. Problemas de salud relacionados con los medicamentos en un servicio de urgencias hospitalario. *MEd Clin*. 2005;124(7):250-5.
155. Medication safety [Internet]. National Patient Safety Agency (NPSA ). [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/patient-safety-topics/medication-safety/>
156. Directiva 2010/84/UE Del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2010 que modifica, en lo que respecta a la farmacovigilancia, la Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano [Internet]. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir\\_2010\\_84/dir\\_2010\\_84\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2010_84/dir_2010_84_es.pdf)



157. Vélez-Díaz-Pallarés M, Delgado-Silveira E, Pérez-Menéndez-Conde C, Bermejo-Vicedo T. Análisis de errores de la prescripción manual comparados con la prescripción electrónica asistida en pacientes traumatológicos. *Farm Hosp.* 2011;35(3):135-9.
158. Bates D, Gawande A. Improving Safety with Information Technology. *N Engl J Med.* 2003;348(25):2526-34.
159. Villamañán E, Herrero A, Álvarez-Sala R. Prescripción electrónica asistida como nueva tecnología para la seguridad del paciente hospitalizado. *MEd Clin.* 2011;136(9):398-402.
160. Bayoumi I, Howard M, Holbrook A, Schabert I. Interventions to improve medication reconciliation in primary care. *Ann Pharmacother.* 2009;43(10):1667-75.
161. Etchell E, Koo M, Daneman N, McDonald A, Baker M, Matlow A, et al. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(6):448-56.
162. Medication Reconciliation Review [Internet]. Institute for Healthcare Improvement. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/MedicationReconciliationReview.aspx>
163. Medication Reconciliation (MedRec) [Internet]. Institute for Safe Medication Practices Canada (ISMP Canada). [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.ismp-canada.org/medrec/>
164. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pr.* 2009;15(2):299-306.
165. Kwan J, Lo L, Sampson M, Shojania K. Medication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158:397-403.
166. Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-based medication reconciliation practices: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2012;172(14):1057-69.
167. Amado E, Durán C, Izco N, Massot M, Palma D, Ropdríguez G, et al. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. 2012.
168. Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedicados en Atención Primaria [Internet]. Observatorio para la Seguridad del Paciente de Andalucía. 2013 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/1302\\_guia\\_revision\\_medicacion\\_polimedicados\\_AP.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/usosegurodemedicamentos/documentos/1302_guia_revision_medicacion_polimedicados_AP.pdf)
169. Urbietta Sanz E, Trujillo Ruiz A, García-Molina Sáez C, Galicia Puyol S, Caballero Requejo C, Piñera Salmerón P. Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el Servicio de Urgencias. *Farm Hosp.* 2014;38(5):430-7.

170. Borchard A, Schwappach D, Barbir A, Bezzola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg.* 2012;256(6):925-33.
171. Alianza mundial para la seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente: la cirugía segura salva vidas [Internet]. World Health Organization. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl\\_brochure\\_spanish.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf)
172. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. *Safe Surgery Saves Lives* [Internet]. World Health Organization. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf)
173. Surgical Safety Checklist [Internet]. World Health Organization. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590\\_eng\\_Checklist.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598590_eng_Checklist.pdf)
174. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A, Patchen EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360(5):491-9.
175. Rodrigo-Rincon I, Martin-Vizcaino M, Tirapu-Leon B, Zabalza-Lopez P, Zaballos-Barcala N, Villalgordo-Ortin P, et al. The effects of surgical checklists on morbidity and mortality: a pre- and post-intervention study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2015;59(2):205-14.
176. Rydenfält C, Ek Å, Larsson P. Safety checklist compliance and a false sense of safety: new directions for research. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(3):183-6.
177. Urbach DR, Govindarajan A, Saskin R, Wilton AS, Baxter NN. Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada. *N Engl J Med.* 2014;370(11):1029-38.
178. Semel M, Resch S, Haynes A, Funk L, Bader A, Berry W, et al. Adopting a surgical safety checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals. *Heal Aff.* 2010;29(9):1593-9.
179. Sewell M, Adebibe M, Jayakumar P, Jowett C, Kong K, Vemulapalli K, et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. *Int Orthop.* 2011;35(6):897-901.
180. Neily J, Mills P, Young-Xu Y, Carney B, West P, Berger D, et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA.* 2010;304(15):1693-700.
181. Monedero P, Errando C, Adame M, Macías A, Garutti I. La Declaración de Helsinki sobre seguridad de los pacientes en anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013;60(Supl 1):1-3.
182. United Nations. Sources and effects of ionizing radiation. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. *UNSCEAR 2008 Report to the General Assembly with Scientific Annexes. Volumen I* [Internet]. 2010. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753\\_Report\\_2008\\_Annex\\_B.pdf](http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753_Report_2008_Annex_B.pdf)

183. Iniciativa Global Seguridad Radiológica en el Ámbito Sanitario [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.sepr.es/html/recursos/noticias/OMSyPR.pdf>
184. International Atomic Energy Agency, International Action Plan on the Radiological Protection of Patients. IAEA, GOV/2002/36-GC (46)/12.
185. Real Decreto 1841/1997, de 5 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en medicina nuclear [Internet]. BOE núm. 303, de 19 de diciembre de 1997. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-27260](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-27260)
186. REAL DECRETO 1566/1998 de 17/07/1998 por el que se establecen los criterios de calidad en radioterapia [Internet]. BOE nº 206. 28/08/1998. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.sepr.es/html/recursos/normativa/Real%20Decreto%201566%201998.pdf>
187. REAL DECRETO 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico [Internet]. 29/12/1999, BOE núm. 311. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/29/pdfs/A45891-45900.pdf>
188. REAL DECRETO 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas [Internet]. BOE núm. 168 14/7/2001. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/docs/realDecreto815\\_2001.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/docs/realDecreto815_2001.pdf)
189. Conferencia Internacional de Protección Radiológica en Medicina: Estableciendo el Escenario para la Próxima Década [Internet]. Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA). 2012 [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://rpop.iaea.org/RPOP/RPOP/Content/Documents/Whitepapers/Bonn-call-for-action-spanish.pdf>
190. DIRECTIVA 2013/59/EURATOM DEL CONSEJO de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, y se derogan las Directivas 89/618/Euratom, 90 [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea. 2014 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>
191. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas. S. Española de Radiología Médica [Internet]. Ministerio de sanidad,. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD\\_ESP\\_Radiologia\\_Medica.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_Radiologia_Medica.pdf)
192. Documento completo. Recomendaciones SERAM de «no hacer». Para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes [Internet]. Sociedad Española de Radiología Médica. 2014 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://seram.es/modules.php?name=documentos&op=getDocument&iddocument=397>

193. Grupo de Hemovigilancia de Asturias. Informe año 2014 [Internet]. [citado 9 de octubre de 2015]. Recuperado a partir de:  
<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=c70cc90420955210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=907dfb8f87a19210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
194. Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de enero de 2003 por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre y por la que se modifica la D [Internet]. Diario oficial de la Unión Europea L30/33. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/D2002\\_98.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/D2002_98.pdf)
195. Directiva 2004/33/CE de la Comisión de 22 de marzo de 2004 por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a determinados requisitos técnicos de la sangre y los componentes sanguíneos [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea L91/25. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/D2004\\_33.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/D2004_33.pdf)
196. Directiva 2005/61/CE de la Comisión de 30 de septiembre de 2005 por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a los requisitos de trazabilidad y a la notificación de reacciones y efectos adversos graves [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea L256/32. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/directiva\\_2005-61.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/directiva_2005-61.pdf)
197. Directiva 2005/62/CE de la Comisión de 30 de septiembre de 2005 por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a las normas y especificaciones comunitarias relativas a un sistema de calidad para los [Internet]. Diario Oficial de la Unión Europea L256/41. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/directiva\\_2005-62.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/directiva_2005-62.pdf)
198. Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión [Internet]. BOE núm. 225, de 20 septiembre 2002. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/RD\\_1088-2005.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/RD_1088-2005.pdf)
199. Orden SCO/322/2007, de 9 de febrero, por la que se establecen los requisitos de trazabilidad y de notificación de reacciones y efectos adversos graves de la sangre y de los componentes sanguíneos. BOE núm 42 17 febrero 2007 [Internet]. Recuperado a partir de:  
[http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/O\\_322\\_2007.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/O_322_2007.pdf)

200. Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión [Internet]. BOE núm. 262 de 1 noviembre 2007. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/RD\\_1343-2007.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/RD_1343-2007.pdf)
201. Orden SPI/2101/2011, de 22 de julio, por el que se modifica el Anexo V del Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión [Internet]. BOE núm. 180 de 28 de julio de 2011. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/OrdenSPI\\_2101\\_2011.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/legislacion/docs/OrdenSPI_2101_2011.pdf)
202. Leal-Novala SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E, García-Erce JA, Llau J V, et al. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. 2013. *Med Intensiva*. 2013;37(4):259-83.
203. Manual de uso óptimo de Componentes Sanguíneos Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/congresos/JornadaUsoOptimoComponentesSanguineos/docs/Manual\\_Uso\\_Optimos.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/congresos/JornadaUsoOptimoComponentesSanguineos/docs/Manual_Uso_Optimos.pdf)
204. ROEMER M. Hospital utilization and the supply of physicians. *JAMA*. 1961;178(10):989-93.
205. Ginsburg P, Koretz D. Bed Availability and Hospital Utilization: Estimates of the «Roemer Effect». *Health Care Financ Rev*. 1983;5(1):87-92.
206. Fisher E, Wennberg J, Stukel T, Skinner J, Sharp S, Freeman J, et al. Associations among hospital capacity, utilization, and mortality of US Medicare beneficiaries, controlling for sociodemographic factors. *Health Serv Res*. 2000;34(6):1351-62.
207. Glover J. The Incidence of Tonsillectomy in School Children. *Proc R Soc Med*. 1938;31(10):1219-36.
208. Wennberg J, Blowers L, Parker R, Gittelsohn A. Changes in tonsillectomy rates associated with feedback and review. *Pediatrics*. 1977;59(6):821-6.
209. Wennberg J, Gittelsohn A. Small Area Variations in Health Care Delivery A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* (80- ). 1973;182(4117):1102-8.
210. The Dartmouth Atlas of Health Care. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Dartmouth Medical School [Internet]. [citado 8 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.dartmouthatlas.org/>
211. Sirovich B, Gottlieb D, Welch H, Fisher E. Regional variations in health care intensity and physician perceptions of quality of care. *Ann Intern Med*. 2006;144(9):641-9.
212. Song Y, Skinner J, Bynum J, Sutherland J, Wennberg J, Fisher E. Regional Variations in Diagnostic Practices. *N Engl J Med*. 2010;363(1):45-53.

213. McPherson K, Wennberg J, Hovind O, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med*. 1982;307(21):1310-4.
214. Sarría A, Sendra JM. Diferencias Regionales en la Utilización Hospitalaria Regional Differences In Hospital Utilization. *Gac Sanit*. 1993;7(35):63-9.
215. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez MM, Perea-Milla E, Ortiz J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11.
216. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Internet]. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.atlasvpm.org/>
217. Geographic Variations in Health Care [Internet]. OECD. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.oecd.org/els/health-systems/FOCUS-on-Geographic-Variations-in-Health-Care.pdf>
218. Peiró S, García-Petit J, Bernal E, Ridao M, Librero J. El gasto hospitalario poblacional: variaciones geográficas y factores determinantes [Internet]. 2007 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu\\_gasto\\_publico/49\\_gastoHosp.pdf](http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/49_gastoHosp.pdf)
219. Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.
220. Hart J. Commentary: three decades of the inverse care law. *BMJ*. 2000;320(7226):18-9.
221. Pell J, Pell A, Norrie J, Ford I, Cobbe S. Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ*. 2000;320(7226):15-8.
222. COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA [Internet]. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_ssc.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm)
223. Programas Clave de Atención Interdisciplinar [Internet]. Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad. [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=04cfa64405ee8210VgnVCM10000097030a0aRCRD&vgnnextchannel=1608f05fb1a16110VgnVCM1000008614e40aRCRD>
224. Key findings and recommendations on Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe [Internet]. European Commission, Patient Safety and Quality of Care working group. 2014 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/guidelines\\_psqcwg\\_reporting\\_learning\\_systems\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/guidelines_psqcwg_reporting_learning_systems_en.pdf)

225. Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc\\_sp3.pdf](http://www.msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf)
226. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. Tensiones y posibles conflictos de lege lata. Primer Informe . Marzo 2007 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/sistema\\_notificacion\\_registro.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/sistema_notificacion_registro.pdf)
227. Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario. Perspectiva de derecho comparado. Segundo Informe, diciembre de 2007 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2\\_NotificacionyRegistroEfectosAdversos.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe2_NotificacionyRegistroEfectosAdversos.pdf)
228. El establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos en el sector sanitario: aspectos legales [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009 [citado 9 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento\\_Sistema\\_Nacional\\_Notificacion.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Establecimiento_Sistema_Nacional_Notificacion.pdf)
229. Gallagher T, Waterman A, Ebers A, Fraser V, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA*. 2003;289(8):1001-7.
230. Gallagher T, Studdert D, Levinson W. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *N Engl J Med*. 2007;356(26):2713-9.
231. Leape LL. Apology for errors: whose responsibility? *Front Heal Serv Manag*. 2012;28(3):3-12.
232. O'Connor E, Coates H, Yardley I, Wu A. Disclosure of patient safety incidents: a comprehensive review. *Int J Qual Heal Care*. 2010;22(5):371-9.
233. Kaldjian L, Jones E, Rosenthal G. Facilitating and impeding factors for physicians' error disclosure: a structured literature review. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2006;32(4):188-98.
234. Manser T, Staender S. Aftermath of an adverse event: supporting health care professionals to meet patient expectations through open disclosure. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49(6):728-34.
235. Wu A. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320(7237):726-7.
236. Aranaz J, Mira J, Guilabert M, Herrero J, Vitaller J. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE*. 2013;24(1):54-60.

237. Pelletier E, Robson R. Giving back the pen: disclosure, apology and early compensation discussions after harm in the healthcare setting. *Heal Q.* 2008;11(3 Spec No):85-90.
238. Scott S, Hirschinger L, Cox K, McCoig M, Brandt J, Hall L. The natural history of recovery for the healthcare provider «second victim» after adverse patient events. *Qual Saf Heal Care.* 2009;18(5):325-30.
239. Conway J, Federico F, Stewart K, Campbell MJ. *Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events (Second Edition)*. IHI Innov Ser white Pap Cambridge, Massachusetts Inst Healthc Improv. 2011;
240. Martín-Delgado M, Fernández-Maillo M, Bañeres-Amella J, Campillo-Artero C, Cabré-Pericas L, Anglés-Coll R, et al. Conferencia de consenso sobre información de eventos adversos a pacientes y familiares. *Rev Calid Asist.* 2013;28(6):381-9.
241. Studdert D, Richardson M. Legal aspects of open disclosure: a review of Australian law. *Med J Aust.* 2010;193(5):273-6.