

Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia
Tel. 968920576 - 968369071
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet: Áreas/Calidad/Seguridad del Paciente/Salud Segura

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Beatriz Alloza, Manuel Baeza, Antonia Ballesta, Cecilia Banacloche, M^ªDolores Beteta, Magina Blázquez, Bernarda Díaz, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Mercedes López Ibáñez, Isabel López Tovar, Julio López-Picazo, Juana M^ª Marín, Virginia Pujalte, Antonio Saura, Inmaculada Vidal-Abarca.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Suscripción: Envío gratuito. Solicitudes: ucarrixaca.sms@carm.es

ÁREA DE SALUD 1
MURCIA-OESTE

Arrixaca

Volumen 9, Número 4
4º trimestre

OCTUBRE - DICIEMBRE 2021

NÚMERO MONOGRÁFICO DEDICADO A LA I JORNADA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁREA 1 - ARRIXACA

- *Así fue la Jornada.*
Núcleo de Seguridad.
- *Apertura: la seguridad del paciente en el Área 1 - Arrixaca*
Ángel Baeza.
- *¿Qué es la seguridad del paciente?*
Julio López-Picazo, Beatriz Garrido, Paloma Doménech, Dolores Beteta, Alberto Torres, Magina Blázquez.
- *SiNASP sirve para cambiar (a mejor)*
Inmaculada Vidal-Abarca, Mar Galindo, Carlos Albacete, Cecilia Banacloche.
- *Elementos para la seguridad en el Área 1 - Arrixaca*
Virginia Pujalte, Manuel Baeza, Juana M Marín, Mercedes López.
- *Evaluación de la Jornada y oportunidades de mejora*
Unidad de Calidad Asistencial.

Así fue la Jornada



El pasado 11 de Noviembre se celebró en nuestro hospital la I Jornada de Seguridad del Paciente del Área1 Arrixaca. Teníamos ganas de vernos las caras de nuevo y por eso lo hicimos presencial, en el salón de actos, aprovechando que la pandemia nos daba un respiro y el aforo del salón por fin había aumentado. Iniciamos la jornada con algunos problemas en la entrada y control de firmas de los participantes (170 personas inscritas). Durante la espera, miembros del servicio de medicina preventiva iban entregando un antiséptico para recordarnos la importancia de la higiene de manos como una de las medidas principales que salvan vidas.

Por fin y con un poco de retraso iniciamos la jornada con la presencia en la inauguración de nuestro gerente Ángel Baeza. Durante el transcurso de la misma los ponentes aunque con algunos problemas en el sistema audiovisuales y con bastante retraso en el horario previsto, quisimos compartir con vosotros nuestras experiencias y actividades en pro a la seguridad de nuestros pacientes. Por último agradeceremos el gran interés y la alta participación de todos. Compañeros como vosotros hacen del área 1 Arrixaca un lugar cada vez más seguro para nuestros pacientes.

Núcleo de Seguridad

Apertura: la Seguridad del Paciente en el área 1 Arrixaca

Angel Baeza Alcaraz

Director Gerente Área 1 - Arrixaca

Buenos días.

En primer lugar, agradecer invitación a la mesa de inauguración de esta primera Jornada de Seguridad del paciente del Área 1. Enhorabuena por la iniciativa y por el éxito de convocatoria.

LA SEGURIDAD EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Cada acto o cada decisión que tomamos en la vida conlleva un riesgo. Salir de casa, cruzar una calle, conducir un coche, tomar un avión... mucho más formar parte de un proceso de atención sanitaria, ya que en el entorno sanitario los procesos son especialmente complejos. Estos procesos reúnen la necesidad de asistencia y cuidados especializados, en ocasiones también procedimientos diagnósticos y terapéuticos intervencionistas, que han de llevarse a cabo a veces en situaciones de presión asistencial donde el tiempo y la urgencia hacen que la exposición al riesgo sea muy alta.

Por otra parte, la fragmentación de la asistencia (que propicia la intervención de muchos profesionales de distintos perfiles y especialidades sobre un mismo paciente), el stress, la comunicación a veces ineficaz entre miembros del equipo también hacen del ámbito de la atención sanitaria un entorno vulnerable con la posible aparición de eventos adversos.

En este sentido, los avances científico-técnicos en salud, con una evidente mejora de la calidad de la Atención, conlleva tener a nuestra disposición mucha y compleja información, convirtiendo la toma de decisiones en un

momento crítico cada vez mejor asistido. Todas estas mejoras suponen un gran beneficio para el paciente, pero al mismo tiempo un riesgo potencial de aparición de eventos adversos.

Esto es así en parte porque el concepto de atención sin riesgos no existe. La atención que prestamos está inmersa en

un continuum RIESGO-SEGURIDAD, que exige una estrategia a varios niveles para inclinar esta balanza al lado de la Seguridad.

Así, definimos la Seguridad del Paciente como un componente esencial de la Calidad Asistencial, basado en proporcionar al paciente una atención Sanitaria exenta de daños innecesarios. La OMS define la Seguridad del Paciente como la ausencia, para un paciente, de un daño innecesario o daño potencial asociado a la Atención Sanitaria. Daño relacionado con la Atención Sanitaria es el daño que deriva de los planes o actuaciones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia o que se asocia a ellos y no es debido al propio proceso de enfermedad o lesión subyacente, por lo que es en principio evitable.

Crecer en cultura
Avanzar en Seguridad

Jueves, 11 de noviembre
Núcleo de Seguridad Área 1



RECORRIDO DEL ÁREA 1 - ARRIXACA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

En nuestra organización, el recorrido a lo largo de los últimos años podemos resumir que viene determinado:

- **A nivel institucional**, por intentar consolidar un marco en el que se desarrolle la atención sanitaria diseñado y organizado para reducir los riesgos para los pacientes atendidos y las mejores condiciones para los profesionales que ellos trabajan
- **Y a nivel profesional**, por implantar procedimientos y herramientas de mejora para evitar y proteger a los pacientes de los riesgos, estableciendo una mejora continua de los procesos de atención dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones nosocomiales u otro tipo de lesiones, y a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren.

Estos desarrollos incluyen no solo la PREVENCIÓN Y MITIGACIÓN de actos inseguros dentro del proceso asistencial, sino también el fomento de USO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS conocidas para la evolución óptima del paciente.

Dentro de este recorrido de las estrategias de desarrollo de Seguridad del Paciente, cabe destacar

- **La actividad del NÚCLEO DE SEGURIDAD**, con ya 10 años de vigencia. El Núcleo forma parte del circuito para la identificación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, notificación, análisis e implementación. Sus funciones específicas son:
 - Realizar análisis cualitativos y cuantitativos de las notificaciones, tanto a modo individual como con datos agregados.



- Proponer planes de mejora o planes de reducción de riesgo.
 - Difundir información sobre el sistema a los profesionales (feedback).
 - Evaluar el funcionamiento de SiNASP y la aplicación del protocolo.
- La Identificación y nombramiento oficial de **Referentes de Calidad y Seguridad** del paciente. Son un médico y un Enfermero. n cada Servicio, Unidad o Equipo de Atención Primaria, cuyo nombramiento esta. Incluido cada año entre los objetivos de los pactos de gestión.
 - Puesta en marcha de **Comisiones específicas de Seguridad del Paciente** (como la de Seguridad Quirúrgica, la de Seguridad de Farmacia, o la de Trasfusiones) y de otras muy ligadas a la gestión de la seguridad, como son la Comisión de Cuidados o la Comisión de IRAS-PROA.

Todo ello orientado, en definitiva, a establecer una Cultura de Seguridad en toda el Área 1 Arrixaca. A fomentar un conjunto de actitudes, comportamientos y acciones dirigidos a conseguir una asistencia sanitaria libre de

riesgos y de daño innecesario para los pacientes. La Gerencia del Área 1 apuesta por ello, compartiendo la responsabilidad de tener la seguridad como una prioridad máxima y que difunda a toda la organización, de forma transversal, basada asimismo en el reconocimiento de que

- Las actividades que realizamos son de alto riesgo y con una naturaleza propensa al error.
- Las llevamos a cabo mediante procesos especialmente complejos.
- Los humanos podemos cometer errores.

Por ello, pretendemos propiciar un ambiente no punitivo donde los trabajadores puedan notificar errores sin miedo a la persecución. También generar expectativas de colaboración entre los profesionales para solucionar los puntos vulnerables, considerando que la Seguridad es cosa de todos. Y, cómo no, adquirir un firme compromiso para dirigir los recursos hacia los problemas de seguridad, aprobar propuestas de mejora y ponerlas en marcha.

Por fin, recordar que el aspecto quizá más importante de la seguridad del paciente es su multifactorialidad. Se trata de un proceso continuo de cambio en el que no solo interviene el campo del conocimiento, sino también, y de forma muy determinante, el de las actitudes, valores y comportamientos, aspectos, en definitiva, inherentes a las personas. Los profesiones son el principal activo y sobre ellos tenemos que actuar para impulsar el cambio en pro de la seguridad del paciente.

Podemos afirmar que la seguridad del paciente no es un destino, sino un viaje. Por tanto prosigamos con este viaje apasionante para mejorar la seguridad del paciente.

Espero que la jornada sea lo más provechosa posible y que disfruten con las experiencias que se van a compartir.

Muchas gracias por la atención.

Queda inaugurada la I Jornada de Seguridad del paciente del Área I.

¿Qué es la seguridad del paciente?

Estrategias para la evaluación y mejora de la seguridad del paciente

Julio López-Picazo Ferrer
Médico. Unidad de Calidad Asistencial

CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente (SP) como la ausencia, para un paciente, de **daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria**. El daño relacionado con la atención sanitaria es el 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.

La SP es una de las dimensiones de la calidad asistencial. En realidad, la incorporada más recientemente al concepto de calidad. Otras dimensiones comúnmente aceptadas de la calidad son, por ejemplo, la efectividad (alcanzar el resultado deseado), la eficiencia (hacerlo al menos coste posible), la accesibilidad (sin barreras que dificulten la atención que se necesita, cuando se necesita) o la atención centrada en el paciente (de forma que satisfaga sus necesidades y expectativas y produzca satisfacción). Una diferencia importante con ellas es que todas estas se centran en hacer lo correcto y a tiempo, de forma que se consigan los máximos niveles posibles de beneficio y satisfacción para el paciente, mientras que la SP se preocupa por la ausencia de daño producido por la propia asistencia sanitaria, más que en un mayor o menor beneficio. En este sentido, la SP puede ser un condicionante para que se den el resto de dimensiones de la calidad. Tiene

un impacto económico y psicológico importante tanto para las personas (pacientes y profesionales) que han estado involucradas en ellos como para los sistemas de salud o la sociedad en general.

La preocupación por la seguridad en la atención sanitaria no es algo nuevo, ya el Juramento Hipocrático recoge la idea de, ante todo, no hacer daño ("primum non nocere"). Los profesionales sanitarios están, desde siempre, acostumbrados a enfrentarse cada día con aspectos relacionados con la seguridad como pueden ser los efectos indeseables de los medicamentos, las infecciones nosocomiales, las complicaciones o los errores diagnósticos y terapéuticos. Lo que sí es novedoso es el enfoque que se le ha dado a la SP en los últimos años, principalmente a raíz de la publicación de estudios que evidenciaban que la atención sanitaria no contaba con los niveles de seguridad que podríamos considerar deseables. Entre ellos destaca el informe "To Err Is Human: Building a Safer Health System" del IOM, que situaba la mortalidad asociada a problemas de SP en EEUU por encima de la causada, por ejemplo, por los accidentes de tráfico o el cáncer de mama.

Desde entonces se han publicado numerosos estudios que revisaron retrospectivamente historias clínicas para determinar el grado de frecuencia de eventos con efectos adversos. (Australia, Dinamarca, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá, España), con metodologías dispares y resultados no siempre coincidentes, aunque el promedio indica una incidencia de un efecto adverso por cada 10 pacientes atendidos (!!), con un holgado tercio de los mismos considerados como evitables por parte de los investigadores

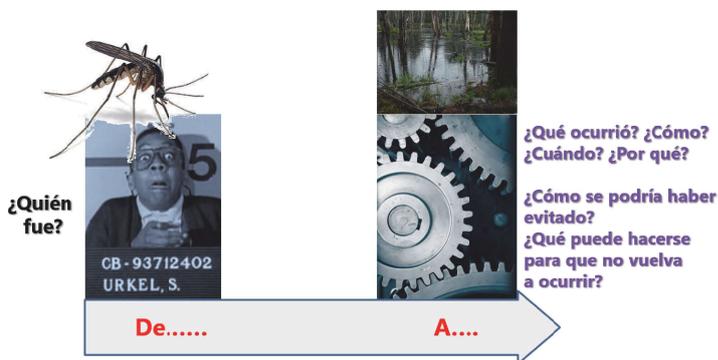
res que han realizado los estudios. En España, en 2005 se llevó a cabo el Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la hospitalización, ENEAS, arrojando una incidencia de efectos adversos del 9,3%. Su homólogo en atención primaria, el estudio APEAS (2007), arroja una presencia de sucesos adversos en una de cada 100 consultas. En ambos estudios, más del 40% de ellos eran evitables. La causa más frecuente se relaciona con el uso de medicamentos.

MODELOS DE EXPLICACIÓN Y ANÁLISIS EN SP.

Antiguamente se analizaba el error desde un modelo centrado en la persona, que se basaba en la premisa de que las personas tienen la capacidad de decidir libremente sus actos y pueden optar por realizar comportamientos seguros o inseguros. Bajo este prisma, ante la ocurrencia de un error la única conclusión posible es que una persona (o un grupo de personas) era responsable del mismo, por falta de motivación, interés, esfuerzo, etc. La consecuencia del error con este modelo era culpar a la persona que lo había cometido. La culpa, sin embargo, no promueve la mejora sino el miedo, la vergüenza y actitudes defensivas. En la actualidad, el modelo centrado en la persona está desechado, al entender que todos somos falibles, es algo que está en la propia naturaleza del ser humano. Los humanos cometemos errores y, por lo tanto, los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se entienden como una consecuencia y no como una causa. El origen de los errores no está en el carácter perverso de la naturaleza humana sino en factores sistémicos subyacentes.

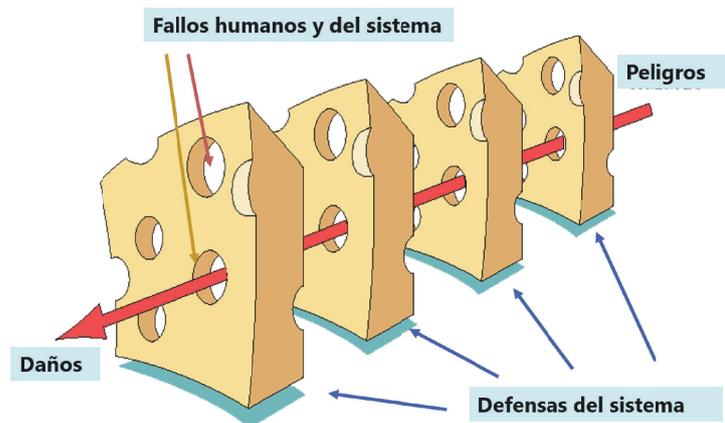
En nuestro día a día todos cometemos errores, aunque por suerte sus consecuencias suelen ser limitadas (por ejemplo, damos al piso equivocado en el ascensor). Los factores que influyen en que cometamos estos errores son

conocidos (procesos cognitivos, toma de decisiones, tipos de personalidad, etc.) e idénticos en nuestra vida personal y profesional. Ser profesional sanitario no cambia las imperfecciones que tenemos como ser humano. Por ello, se ha avanzado desde el modelo centrado en la persona hacia el abordaje del error desde un **modelo centrado en el sistema**. La orientación sistémica pretende modificar las condiciones de los sistemas en los que trabajan las personas, que contribuyen a la ocurrencia de los errores.



Basados en este enfoque de sistema, existen varios modelos explicativos de la aparición de problemas de SP. El más conocido es el del **“queso suizo”** de J Reason, que explica la aparición de un efecto adverso como el resultado de la alineación de defectos o “agujeros” en las diversas barreras de estructura y procedimientos que hubiesen podido evitarlo. Cuando ocurre un evento adverso, lo importante es pues saber por qué las barreras fallaron. En un sistema complejo como una organización sanitaria es inevitable que ocurran lapsos, olvidos y errores. Así, mientras que el error activo es difícil de prever, las condiciones latentes se pueden identificar, y por lo tanto mejorar, antes de que ocurran los errores. Esto supone un enfoque

preventivo de reducción de riesgos.



La cultura de la seguridad es el elemento primordial para prevención de los sucesos adversos en la atención sanitaria. Conseguir cambiar la cultura de ocultación de errores o de simple reacción frente a los efectos adversos por una cultura de seguridad, en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores y oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la SP. Lo más importante cuando surge un problema no es “¿Quién?”, sino “¿Qué ocurrió?”, “¿Cómo?”, “¿Cuándo?”, “¿Por qué?”, “¿Cómo se podría haber evitado?” y “¿Qué puede hacerse para que no vuelva a ocurrir?”. Una base cultural adecuada en seguridad es necesaria para mejorar la efectividad del resto de intervenciones, y la primera de las «buenas prácticas» para mejorar la SP en los informes publicados por el National Quality Forum de Estados Unidos.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SP

Los sistemas se pueden diseñar para minimizar la ocurrencia de los accidentes y para que, cuando ocurran, sean mejor tolerados y se puedan minimizar sus efectos dañinos. La mejora de la seguridad se centra pues en gran medida en el **diseño de elementos y procesos para mejorar la interacción entre las personas y los sistemas**. Ejemplos para aumentar la SP serían: simplificar y estandarizar los procedimientos de trabajo, incorporar procesos redundantes como sistema de protección y recuperación ante posibles errores, mejora de la comunicación y la coordinación de los equipos de trabajo o rediseño del equipamiento necesario para mejorar la interacción entre el equipamiento y la persona.

Para saber dónde y cómo actuar para mejorar la SP, **primero es necesario identificar los riesgos potenciales para los pacientes**. Para ello son necesarios datos. Algunos pueden obtenerse periódicamente de las bases de datos clínico-administrativas e indicadores de los hospitales y centros de salud. Otros requieren la detección específica, como es el caso de los **indicadores sobre buenas (y malas) prácticas en SP** (prevención de IRAS, uso seguro de los medicamentos, la cirugía, los cuidados, etc.), o de las **encuestas** que nos miden la tan necesaria cultura de seguridad.

Además, otras formas de identificar oportunidades de mejora son los **eventos centinela** o los **sistemas de notificación de incidentes**. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) define Evento Centinela como “un incidente o suceso inexplicable que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas”. Se trata de eventos inaceptables, que nunca deberían suceder, y además eminentemente prevenibles. Por ello, si aparecen, deben poner en marcha

actuaciones para evitar que se repitan en el futuro. En el área 1 Arrixaca contamos con un listado de 32 de estos eventos.

Quirófono	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía realizada en el lugar equivocado. 2. Cirugía realizada en el paciente equivocado. 3. Colocación de un implante o prótesis equivocada. 4. Retención de un objeto extraño dentro de un paciente después de cirugía u otro procedimiento. 5. Muerte de un paciente de bajo riesgo como consecuencia de una operación.
Equipos	<ol style="list-style-type: none"> 6. Muerte o secuela grave de un paciente asociada al uso de medicamentos, aparataje o instrumental contaminados. 7. Muerte o secuela grave de un paciente asociada a uso o funcionamiento de aparatos o instrumentos de forma distinta a la recomendada o deseada. 8. Muerte o secuela grave a un paciente debido a una embolia gaseosa ocurrida durante su estancia. 9. Muerte o secuela grave asociada a problemas durante la monitorización de la saturación de oxígeno.
Medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> 10. Muerte o secuela grave asociada a la preparación incorrecta de medicamentos de Alto Riesgo para administración vía parenteral. 11. Muerte o secuela grave asociada a la administración errónea de soluciones que contienen potasio. 12. Muerte o secuela grave asociada a errores en la vía de administración de medicamentos. 13. Muerte o secuela grave asociada a errores de administración de insulina, opiáceos y metotrexato oral. 14. Muerte o secuela grave por un error de medicación asociado a la administración de un medicamento, dosis y/o paciente equivocado.
Atención Sanitaria	<ol style="list-style-type: none"> 15. Muerte o secuela grave por reacción hemolítica tras transfusión incorrecta de sangre c hemodeivado. 16. Transplante erróneo de un órgano con incompatibilidad ABO 17. Muerte o secuela grave ocurrida durante el parto en una gestación de bajo riesgo. 18. Muerte materna por hemorragia postparto tras cesárea electiva. 19. Muerte o secuela grave de un neonato relacionada con el parto tras un embarazo de bajo riesgo. 20. Úlceras por presión en estadio 3 ó 4 adquiridas durante la estancia en el hospital. 21. Muerte o secuela grave por sonda oro o nasogástrica mal colocada.
Entorno	<ol style="list-style-type: none"> 22. Muerte o secuela grave asociada a una caída durante la estancia en el hospital 23. Muerte o secuela grave de un paciente o un profesional relacionada con una descarga eléctrica recibida durante una intervención con fines terapéuticos o diagnósticos. 24. Muerte o secuela grave por administración de un gas equivocado. 25. Muerte o lesión grave por quemadura producida durante su estancia. 26. Muerte o secuela grave asociada al uso de barandillas o mecanismos de contención durante su estancia
Protección	<ol style="list-style-type: none"> 27. Muerte o secuela grave por identificación errónea de un paciente. 28. Paciente incapacitado de cualquier edad dado de alta y entregado a la persona incorrecta. 29. Suicidio o intento de suicidio que resulta en discapacidad grave, ocurrido durante la estancia en el hospital. 30. Tratamientos o cuidados prescritos y/o administrados por personas no autorizadas. 31. Agresión o abuso sexual a un paciente o acompañante. 32. Muerte o lesión grave por agresión física.

Eventos centinela en el Área 1 - Arrixaca

Identificadas las oportunidades de mejora en SP, existen dos formas esenciales de intervención, según se actúe antes de que estos riesgos produzcan daño, o una vez los han ocasionado:

- **Antes:** Se utiliza un enfoque prospectivo, para analizar aquellas áreas, servicios, procesos, productos etc. en los que es previsible que se puedan producir sucesos adversos, con el fin de modificar los aspectos que pueden ocasionarlos. Podemos asimilarlo a una actividad de diseño de la calidad (pensar las cosas para que sean seguras cuando se emplean) El más importante de todos ellos es el **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)**, y
- **Después:** Visión retrospectiva, una vez se ha producido el suceso. Es un tipo especial de ciclo de mejora de calidad, en el que se analiza a posteriori los factores que contribuyeron a la aparición de un evento adverso, para que no vuelva a ocurrir. La herramienta más común para ello es el **Análisis de causas raíz (ACR)**. Se basa en datos comprobados, un enfoque en el sistema y la formulación e implementación de intervenciones factibles basadas en la comprensión del incidente analizado. Su objetivo final no es la comprensión del incidente, que es tan sólo un medio, sino averiguar qué se puede hacer para que no vuelva a ocurrir, e implementar esa solución.

LAS 7 EVIDENCIAS EN QUE SE BASA LA EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para concluir, la figura de la página siguiente resume 7 de los elementos que conocemos sobre SP y que son esenciales para trabajar en su evaluación y mejora.

Implica la ausencia de daño innecesario (o de riesgo de que éste se produzca).

La **cultura de seguridad** es fundamental para la mejora continua

Existen **herramientas de mejora** específicas para evitar la aparición y la repetición de eventos adversos

Para mejorar se necesitan **modelos enfocados en el sistema**, dirigidos a evitar los errores (humanos y de sistema).



Es un componente (particular) de la **calidad asistencial**, y que por tanto se puede y debe abordar desde dinámicas de evaluación y mejora continua.

Puede medirse mediante indicadores y encuestas. Existen además otras fuentes capaces de identificar oportunidades de mejora

Los eventos adversos suceden en el 10% de los ingresos (1% de consultas APS) asociados a actividades conocidas, y **casi la mitad son evitables**.

¿Qué es la seguridad del paciente?

Uso seguro de medicamentos

Beatriz Garrido Corro.

Farmacéutica. Seguridad de medicamentos

El Instituto de Medicina de EE.UU., publicó, en el año 1999, el informe titulado "errar es humano: construyendo un sistema sanitario seguro", que fue el inicio de la preocupación por la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. Hoy día, la seguridad del paciente es un objetivo prioritario para los países desarrollados. Tanto las autoridades sanitarias como sociedades profesionales, colectivos de pacientes y organismos nacionales e internacionales han demostrado su interés por la misma y han desarrollado iniciativas para contribuir a su mejora.

En todas las iniciativas llevadas a cabo, el uso seguro de los medicamentos ha constituido una de las áreas prioritarias de actuación, debido a que **los errores de medicación (EM) son una de las causas más frecuentes de los eventos adversos que se producen en la provisión de la asistencia sanitaria**. Cabe destacar que recientemente la Organización Mundial de la Salud puso en marcha, el tercer reto mundial de seguridad del paciente, "Medicación sin daño", que tiene como objetivo reducir los eventos adversos evitables por medicamentos en un 50% en 5 años.

En nuestro país, se han llevado a cabo diferentes estudios multicéntricos de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria, que destacan el elevado porcentaje de eventos adversos asociado al uso de medicamentos. Así, en el estudio ENEAS llevado a cabo en pacientes hospitalizados, se observó

que los medicamentos estuvieron implicados en el 37,4% del total de los eventos. En Atención Primaria se determinó que los eventos adversos relacionados con la medicación eran también los más frecuentes, estando implicados en el 47,8% de los incidentes. Y en el estudio EVADUR, realizado en servicios de urgencias hospitalarios, los incidentes relacionados con la medicación constituyeron el 24,1% del total. En todos ellos los eventos adversos fueron en un elevado porcentaje prevenibles.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha incorporado desde el año 2005, la mejora de la seguridad de los medicamentos como una de las acciones prioritarias, desarrollando diferentes proyectos enmarcados en la Estrategia de Seguridad del Paciente. Para el periodo 2015-2020 se propusieron diferentes líneas de trabajo. En concreto, la Línea Estratégica 2, que versa sobre "prácticas clínicas seguras" contiene entre sus objetivos específicos, impulsar iniciativas de mejora de seguridad en el uso de medicamentos, especialmente en pacientes crónicos polimedicados y en pacientes pediátricos, mediante el establecimiento de intervenciones para prevenir los errores de medicación en estos grupos de población.

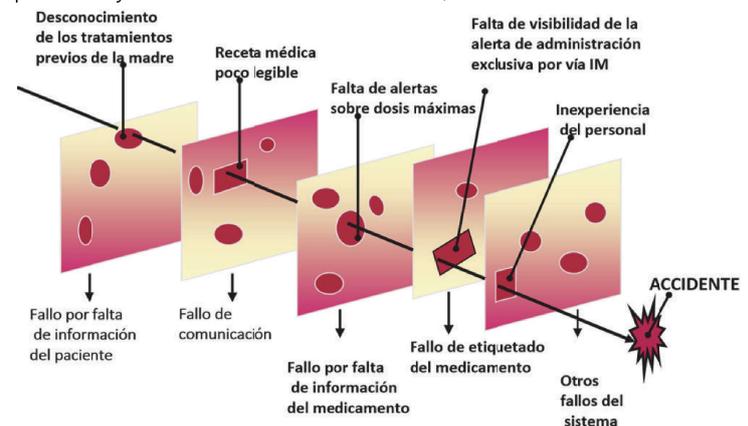
Es importante tener en cuenta el impacto sanitario de los EM y la necesidad de establecer prácticas de seguridad efectivas. A modo de ejemplo en septiembre de 2014, los medios de comunicación se hicieron eco de un incidente ocurrido en Siria. La OMS emitió un comunicado al respecto informando de que varios niños menores de 2 años, habían muerto en una campaña de vacunación de sarampión y rubeola que se estaba llevando a

cabo en el norte del país, como consecuencia de un EM. Las vacunas se reconstituyeron equivocadamente con ampollas que contenían el relajante neuromuscular atracurio, en lugar de usar las ampollas de diluyente de las vacunas. Todo apuntaba a que en alguna etapa de la cadena de distribución, las ampollas de atracurio, que estaban almacenadas en el frigorífico junto con las vacunas, se confundieron con las del disolvente por tener un aspecto similar. De 75 niños que recibieron la vacuna, al menos 15 fallecieron. Este terrible incidente objetiva que la repercusión clínica y social derivada de los EM en pediatría resulta mucho más significativa, ya que la capacidad de amortiguar las consecuencias es mucho menor.

Los errores se producen porque existen graves deficiencias en los componentes del sistema sanitario y no por incompetencia de los individuos que forman parte de él. Este enfoque centrado en el sistema trata de mejorar la seguridad modificando los procesos, los procedimientos y el entorno de los sistemas en que trabajan los profesionales. Se basa en el modelo del "queso suizo" propuesto por Reason para describir las causas de los accidentes. Según este modelo, la asistencia sanitaria es un sistema complejo, con múltiples etapas, pero también con múltiples barreras de defensa. Los errores solamente alcanzan y pueden causar daño al paciente cuando todas las defensas fallan simultánea o secuencialmente, y el error penetra a través de todos los "agujeros" de las barreras de defensa el sistema.

Un ejemplo que ilustra este enfoque es el "caso de las enfermeras de Denver". En el año 96, un EM ocurrido en un hospital de Denver ocasionó la muerte de un recién nacido debido a la administración por vía intravenosa de una dosis diez veces superior a la prescrita de penicilina-benzatina. El Instituto Americano del Uso Seguro del Medicamento (ISMP), realizó un análisis del caso y encontraron a lo largo del proceso de prescripción, dis-

pensación y administración del medicamento, más de 12 fallos de sistema.



El circuito de utilización de medicamentos en los hospitales es un sistema complejo en el que intervienen muchos profesionales. Fue definido en 1989 por la JCAHO como el "conjunto de procesos interrelacionados cuyo objetivo común es la utilización de los medicamentos de forma segura, efectiva, apropiada y eficiente". Su finalidad es alcanzar las cinco "ces": la dosis correcta del medicamento correcto, administrada al paciente correcto, a través de la vía correcta, en el momento correcto. Cada uno de estos procesos a su vez incluye múltiples acciones y en cada una de ellas hay múltiples posibilidades de que ocurra un error.

En los últimos 5 años ha cobrado importancia la aplicación de los 10 correctos en la administración de medicamentos promovido por diferentes sociedades e instituciones de enfermería. Aquí cobra importancia el proceso de la reconstitución y/o dilución de los medicamentos en la preparación

así como la información al paciente, el ritmo de infusión, el registro de la administración y el seguimiento y monitorización de los efectos producidos por los fármacos.

El Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP-España) es una organización dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad en la utilización de los medicamentos. Su finalidad es la prevención de los EM y la reducción de los eventos adversos. Mantiene el programa de notificación de errores de medicación adherido al Programa Internacional y está financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los incidentes relacionados con medicamentos que se registran en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (Si-NASP), se añaden también a este programa para su análisis y evaluación.

En febrero de 2021, el ISMP publicó un boletín de seguridad donde se enumeran los **grupos de errores de medicación de mayor riesgo** detectados durante el pasado año, así como las recomendaciones o estrategias preventivas para evitar su recurrencia.

1	Errores por omisión o retraso de la medicación
2	Administración de medicamentos a un paciente equivocado
3	Errores asociados a alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos
4	Errores en el cálculo de la dosis en pacientes pediátricos
5	Errores por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos comercializados
6	Errores asociados a la falta de utilización de bombas de infusión inteligentes
7	Errores por administración accidental de bloqueantes neuromusculares
8	Administración equivocada por vía IV de medicamentos orales líquidos
9	Errores en la conciliación de la medicación al ingreso y al alta hospitalaria
10	Errores por problemas de comprensión de los pacientes de cómo utilizar los medicamentos

Es importante analizar los incidentes y conocer cuáles son los riesgos asociados al uso de los medicamentos, pero evidentemente para mejorar la seguridad del paciente el paso fundamental es implementar prácticas efec-

tivas que permitan minimizar dichos riesgos y eviten que los errores vuelvan a suceder.

Es conveniente conocer que algunas prácticas de prevención de errores son generalmente más eficaces que otras. Se consideran prácticas de eficacia alta, aquellas que implican cambios en el sistema. Así, las funciones que fuerzan procesos son técnicas conocidas por corresponderse con un diseño de "llave y cerradura", que consiste en introducir barreras que obligan a hacer las cosas bien e impiden que se produzca un error. Asimismo, la automatización e informatización han sido consideradas por todas organizaciones y sociedades con experiencia en seguridad del uso de los medicamentos, como medidas altamente eficientes en la "jerarquía de eficacia" de las prácticas de seguridad (programas de prescripción electrónica con sistemas de ayuda a la decisión clínica que proporcionan alertas que avisan de alergias, interacciones, duplicidades o dosis excesivas).

La estandarización trata de reducir la complejidad y la variabilidad de los procesos y hacerlos menos dependientes de la atención y la memoria. Depende de que los profesionales sigan el procedimiento que se establezca. Otro tipo de medidas que se encuentran en la escala intermedia son las redundancias (o técnicas de doble chequeo), que añaden un paso de control adicional, basándose en que la probabilidad de que dos personas cometan el mismo error en el mismo punto o con la misma medicación es muy baja. Las medidas que están al final de la escala no son tan eficaces, porque dependen completamente de las personas. Sin embargo, son necesarias para construir sistemas seguros. La formación e información sobre cultura de seguridad es vital para la difusión y refuerzo de las iniciativas que se aborden.

Este año para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente (17 de septiembre de 2021), la OMS instó a todas las partes involucradas a "Actuar por un parto seguro y respetuoso" con el lema "Cuidados seguros para la madre y el recién nacido". **Entre los objetivos del Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2021 se encuentra la promoción del uso seguro de los medicamentos** así como las transfusiones sanguíneas durante el nacimiento y la infancia poniendo especial énfasis a los siguientes enunciados:

- Es una prioridad mundial, reducir los daños evitables relacionados con el uso de medicamentos así como asegurar la seguridad en las transfusiones sanguíneas
- Alerta Especial a los medicamentos de Alto Riesgo: como la oxitocina, el sulfato de magnesio, los opioides parenterales y los aminoglucósidos
- Los EM en recién nacidos, en los que las dosis se calculan en relación con el peso corporal o la edad, son una fuente de gran preocupación
- El entorno de atención también puede contribuir a condiciones que provocan errores, especialmente en unidades de partos con sobrecarga de trabajo y/ dotadas con recursos inadecuados

Asimismo, dentro del Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030, la OMS ha lanzado los **"5 momentos para la seguridad de los medicamentos"**, que es una herramienta de participación del paciente, desarrollada para respaldar la implementación del tercer reto mundial de seguridad del paciente. Esta herramienta tiene como objetivo involucrar y capacitar a los pacientes para que participen en su propio cuidado. Debe utilizarse en colaboración con profesionales de la salud, pero siempre debe realizarse conjuntamente con los pacientes, sus familiares o cuidadores. Estos 5 momentos son:

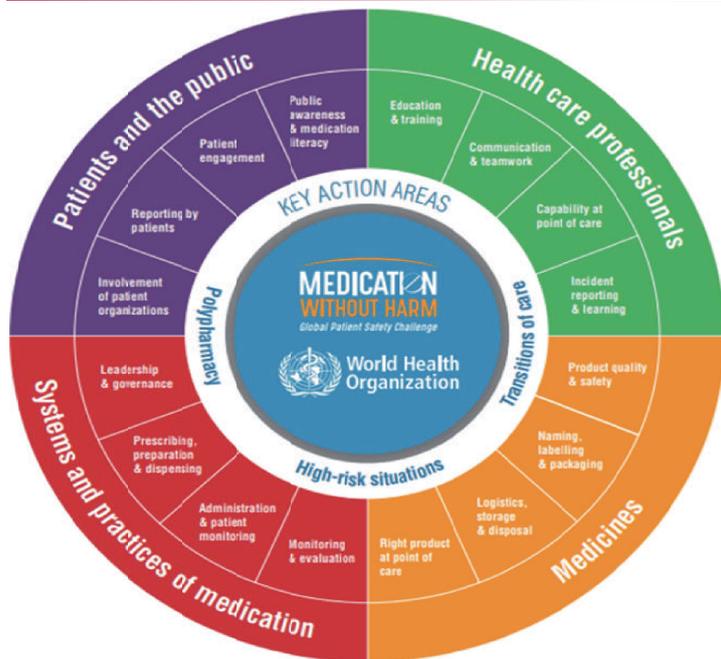
1. Al iniciar un tratamiento;
2. En la toma del medicamento;

3. Al añadir un nuevo medicamento;
4. En revisión de la medicación;
5. Al finalizar un tratamiento.



La OMS ofrece un listado de preguntas para que el paciente se realice y en caso de no tenerlas claras, lo consulte con su profesional sanitario de referencia. Estas preguntas se pueden realizar en diferentes momentos como: en la visita en atención primaria, cuando el paciente es derivado a un nuevo profesional sanitario, cuando acude a su farmacia comunitaria u hospitalaria, en el momento de ingreso, traslado o alta de una institución sanitaria o si se encuentra ingresado en una unidad de atención domiciliaria. El material ofrecido en la web contiene infografías y hasta una APP tanto para Android como para Apple.

Para finalizar, recordar las tres áreas prioritarias de intervención que puso en marcha la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tercer reto mundial por la seguridad del paciente, "medicación sin daño": situaciones de alto riesgo, paciente polimedcado y transiciones asistenciales.



Las intervenciones planteadas se centran principalmente en medicamentos de mayor riesgo (estrecho margen terapéutico) y en pacientes ancianos y polimedificados. Se propone servirse de la tecnología para crear sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas vinculados con las historias clínicas electrónicas. Asimismo, sugieren reducir la polimedicación, causa frecuente de interacciones y efectos adversos relevantes, así como aumentar la comunicación en las transiciones asistenciales para evitar los errores asociados a la medicación.

REFERENCIAS:

- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine, editor. Washington (DC): National Academy Press; 1999.
- 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.
- Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS 2005). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010;22: 415-28.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- World Health Organization. Patient safety challenge: medication without harm. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. [cited 3/15/219]. Available from: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>.
- Reason J. Human error: models and management. *West J Med.* 2000;172(6):393-6.
- Leape L, Kabacell A, Berwick D. Breakthrough Series Guide: Reducing adverse drug events. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 1998.

¿Qué es la seguridad del paciente? Cirugía Segura

Paloma Doménech Asensi

Servicio de Anestesia y Reanimación. Grupo de seguridad quirúrgica.



La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo; sin embargo, aunque el propósito de la cirugía es salvar vidas, la falta de seguridad de la atención quirúrgica puede provocar daños considerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS), promovió un enfoque sistémico de la seguridad de la cirugía que pudiera salvar la vida de millones de personas en todo el mundo y, en 2004, creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Cada dos años se formulaba un reto destinado a impulsar el compromiso y la acción internacionales en un aspecto relacionado con la seguridad del paciente que supusiese un área de riesgo importante. Si el primer reto se centró en las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, el segundo reto mundial, **“La cirugía segura salva vidas”**, abordaba la seguridad de la atención quirúrgica, definiendo un conjunto básico de normas de seguridad que pudiesen reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones. En nuestro hospital, se creó en 2011 la primera

Comisión de Seguridad del Paciente Quirúrgico, con el objetivo de difundir la cultura de seguridad e implantar el listado de verificación quirúrgica de la OMS. Recientemente, en mayo 2018 se desarrolló el plan de implantación del Programa Regional de Seguridad del Paciente Quirúrgico (SPQ) que implicaba la creación de comités locales y la elaboración de un Programa local de Área que debía contener un análisis de situación y una propuesta de objetivos a alcanzar en cada una de las líneas consideradas prioritarias, e incluidas en el acuerdo de gestión de ese año. Esas nueve líneas de trabajo, que abordan cuidados en planta y en quirófano, se revisan de forma periódica, analizando los resultados y elaborando líneas de mejora.

1. MEJORA DEL CLIMA DE SEGURIDAD.

Una cultura de seguridad adecuada en los profesionales es uno de los rasgos críticos para avanzar en la seguridad del paciente; es esencial para minimizar errores y efectos adversos, y su medición necesaria para diseñar actividades que la mejoren. El Cuestionario de Cultura de Seguridad de los Pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for health Care Research and Quality de EEUU, es el que se utiliza de forma generalizada. La encuesta se realizó vía telefónica en octubre de 2018, y la Unidad de Calidad Asistencial (UCA) elaboró un informe (disponible en Arrinet) sobre el que se ha trabajado para diseñar y poner en marcha actuaciones que contribuyan a mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

2. USO SEGURO DE MEDICACIÓN EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO.

Los errores de medicación constituyen uno de los principales problemas de seguridad de los pacientes quirúrgicos, sobre todo en el ámbito anestésico. Según el estudio ENEAS (2005), estudio español de eventos adversos relacionados con la hospitalización, un 37.4% de los mismos estaba relacionado con la administración de medicación, siendo la tasa en servicios quirúrgicos de un 22.2%. Alrededor del 70% de los errores se deben a factores humanos y esto es particularmente aplicable a la seguridad de los medicamentos.

La "Declaración de Helsinky" sobre la seguridad del paciente en la Anestesiología (2010) es el resultado de un consenso alcanzado entre los representantes científicos y políticos de la anestesiología europea y representa la opinión común acerca de las medidas consideradas factibles, valiosas y con resultados probados, para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico. Todas las instituciones que prestan atención anestésica perioperatoria deben cumplir con los estándares mínimos de seguimiento recomendados en el documento, tanto en quirófanos como en áreas de recuperación. Las medidas incluidas son: cumplir con estándares mínimos de monitorización, disponer de protocolos e instalaciones necesarias para control de equipos y fármacos, preparación preoperatoria, medidas para afrontar complicaciones perioperatorias y control postoperatorio incluido el dolor. Dos medidas destacadas son el **etiquetado específico de jeringas** utilizadas durante la anestesia y el apoyo a la iniciativa de la OMS "La cirugía segura salva vidas" mediante la utilización del listado de verificación quirúrgico.

En 2011, el Consejo Europeo de Anestesiología redactó las primeras Recomendaciones Europeas para la Práctica Segura de Medicamentos. En Es-

paña, el **Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR)** y el Instituto para uso seguro de Medicamentos (ISMP), elaboraron las recomendaciones para prevenir errores de medicación causados por la falta de identificación de las preparaciones y de las vías de administración.



3. LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA (LVQ) O CHECK-LIST.

Con el reto "La Cirugía Segura Salva Vidas", la OMS publicó la primera edición de las directrices para la cirugía segura en 2008, utilizándola como base para el LVQ de la OMS. El LVQ se elaboró para ayudar a los equipos quirúrgicos a reducir los daños al paciente y garantizar la incorporación de elementos clave para la seguridad en el trabajo habitual de los quirófanos. Es una herramienta práctica y fácil de usar; estructuralmente se organiza en

tres secciones diferentes: antes de la inducción de la anestesia, antes de la incisión de la piel y antes de la salida del paciente de quirófano. En 2009, la NEJM publicó un estudio multicéntrico que demostró la reducción de mortalidad y de complicaciones y, desde entonces, las publicaciones al respecto han confirmado estos resultados: una mejora significativa en los indicadores de seguridad del paciente (descenso en las tasas de eventos adversos, mortalidad e infección de la herida quirúrgica). Por eso, en 2015, el proyecto PaSQ (Patient safety and Quality of Care), se desarrolló para impulsar la introducción de la LVQ de forma generalizada en la práctica diaria. Se adecuó y simplificó el listado original a las instituciones locales y se colgaron posters del LVQ en cada quirófano para que todo el equipo se familiarizase. Además, se realizan sesiones para mejorar su utilización, discutir las causas comunes de los eventos adversos, y la utilidad del LVQ para evitarlos. Desde entonces, la UCA envía de forma trimestral, a jefes de servicio, referentes de calidad y de gestión, un análisis de la monitorización del uso del LVQ, donde se miden frecuencias de cumplimiento, resultados detallados por servicios quirúrgicos y principales conclusiones. Podemos decir que en nuestro hospital la mejora de la utilización del LVQ se consolidó, si bien habría que mejorar los momentos puntuales de cumplimiento en cada acto quirúrgico.

La aplicación de los **protocolos de recuperación intensificada (ERAS, RICA)**, basados en la evidencia científica ha demostrado una disminución de las complicaciones post-operatorias y la recuperación precoz, con disminución de la estancia hospitalaria; manteniendo la seguridad del paciente y optimizando la utilización de recursos. Pues bien, en estos protocolos se hace referencia explícita al LVQ: "Se recomienda la utilización de la lista de verificación quirúrgica para la prevención de eventos adversos y mortalidad relacionados con la intervención"- nivel de evidencia moderado, grado de recomendación fuerte.

Organización Mundial de la Salud		LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA		AI
		Cirugía Segura Salva Vidas		
Antes de inducir la anestesia				
1. EL PACIENTE CONFIRMA:				
<input checked="" type="checkbox"/> Identidad	<input checked="" type="checkbox"/> Sitio quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimiento informado	
2. EL PACIENTE TIENE:				
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Alergias conocidas?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿Dificultad vía aérea o riesgo aspiración?	<input checked="" type="checkbox"/> ¿Riesgo de pérdida de sangre a considerar?		
<input checked="" type="checkbox"/> ¿Localización quirúrgica marcada?	Asegurar que hay equipos de ayuda disponibles	Asegurar acceso iv adecuado y fluidos previstos		
3. CONTROL DE SEGURIDAD ANESTÉSICO COMPLETO				
4. PULSIOXÍMETRO COLOCADO Y FUNCIONANDO				
Antes de la incisión de la piel				
1. EL EQUIPO QUIRÚRGICO ESTÁ COMPLETO Y CONFIRMA:				
<input checked="" type="checkbox"/> Identidad del paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Sitio quirúrgico	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento		
2. LOS RIESGOS CRÍTICOS ESTÁN PREVISTOS:				
<input checked="" type="checkbox"/> CIRUJANO:	<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESISTA:	<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMERO		
Posibles pasos críticos Duración de la intervención Pérdidas de sangre	Problemas particulares del paciente	Indicadores de esterilización Aspecto del material Equipos, etc.		
3. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA HACE MENOS DE UNA HORA				
4. IMÁGENES ESENCIALES REVISADAS				
Antes de que abandone el quirófano				
1. EL ENFERMERO CONFIRMA EN VOZ ALTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> Procedimiento que se registra	<input checked="" type="checkbox"/> Contaje de gasas e instrumental	<input checked="" type="checkbox"/> Identificación de las muestras biológicas	<input checked="" type="checkbox"/> Posibles problemas con el material	
2. EL EQUIPO QUIRÚRGICO REvisa LAS PREOCUPACIONES CLAVE EN LA RECUPERACIÓN Y ATENCIÓN DEL PACIENTE				
Es una iniciativa del Núcleo de Seguridad del Área I para mejorar la seguridad de los pacientes que atendemos. Tu colaboración es necesaria. Utiliza el listado en todas las intervenciones en que participes				

4. PROFILAXIS ANTISÉPTICA DE LA PIEL.

El Proyecto **Infección Quirúrgica Zero (IQZ)**, iniciativa liderada por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud e Higiene y auspiciado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, busca mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes quirúrgicos mediante la reducción del número de infecciones quirúrgicas. Uno de los indicadores es la correcta preparación del campo operatorio. Para ello, debe tenerse en cuenta un protocolo con una serie de pasos a realizar. El Servicio de Medicina Preventiva ha impartido talleres y formación en áreas quirúrgicas. Al ser el tema de infección del sitio quirúrgico (ILQ), un tema trasversal, se analiza igualmente tanto en el grupo IRAS / PROA (infecciones relacionadas con la asistencia) como en el grupo SPQ, los resultados de la monitorización de ILQ, que se viene realizando en cirugía de prótesis de cadera, prótesis de rodilla, colon y bypass coronario. En las reuniones de la comisión, el servicio de Medicina Preventiva informa de los resultados y principales conclusiones, así como de las propuestas de mejora.

Los protocolos de recuperación intensificada contemplan este indicador: "Se recomienda la utilización de **Clorhexidina alcohólica al 2%** como antiséptico para la piel intacta del campo quirúrgico", con nivel de evidencia alto, grado de recomendación fuerte.

5. MANTENIMIENTO DE LA NORMOTERMIA.

El ser humano es un organismo homeotermo y endotermo; es capaz de generar calor y mantenerlo dentro de unos límites fisiológicos, permitiendo un funcionamiento adecuado de sus órganos. Ante un procedimiento quirúrgico, especialmente bajo anestesia, se produce una alteración de la homeostasis de la temperatura corporal y se desencadena una cascada fi-

siopatológica que puede afectar negativamente los resultados de la cirugía. La hipotermia afecta al 50-90% de los pacientes quirúrgicos y produce, además de un aumento de la frecuencia de ILQ, una amplia variedad de efectos adversos, como alteraciones miocárdicas, arritmias, coagulopatías, disfunciones en el efecto de los medicamentos, retraso en la recuperación post-operatoria y otros efectos subjetivos indeseables (escalofríos, malestar generalizado y mal despertar quirúrgico). La hipotermia postoperatoria está relacionada con un mayor tiempo de estancia en la unidad de reanimación postanestésica. Se puede prevenir si se toman medidas preventivas oportunas antes, durante y después de la cirugía. La monitorización de la temperatura es obligada, a pesar de las diferentes medidas externas para el mantenimiento de la normotermia. Se recomienda la monitorización de la temperatura a todos los pacientes sometidos a anestesia general de más de 30 min o cuya cirugía dure más de una hora, independientemente de la técnica anestésica empleada. La monitorización de la temperatura debería comenzar antes de iniciarse el procedimiento quirúrgico, mantenerla durante el mismo y durante la estancia del paciente en la unidad de reanimación; la finalidad es asegurarse de que la temperatura no desciende de los 36 °C para evitar que se desencadene la cascada fisiopatológica asociada a la hipotermia. Los protocolos ERAS/RICA recogen las recomendaciones relacionadas con la prevención de la hipotermia con un nivel de evidencia alto y grado de recomendación fuerte.

El mantenimiento de la normotermia está incluido como medida preventiva en el proyecto IQZ.

6. AYUNO PREOPERATORIO.

El ayuno prolongado es una forma inapropiada de prepararse para el estrés de la cirugía. Se ha demostrado que **la ingesta de líquidos claros**

hasta 2 horas y sólidos ligeros hasta 6 horas antes de la inducción anestésica, es segura y mejora la sensación de bienestar del paciente,

reduce la sed y el hambre, evita que el paciente llegue al quirófano en un estado hipovolémico o deshidratado, no aumenta los volúmenes gástricos y reduce la acidez del contenido gástrico. No hay evidencia científica que confirme que la administración de líquidos claros 2 horas antes de un procedimiento quirúrgico electivo provoque un mayor riesgo de aspiración, regurgitación o morbilidad que el ayuno a partir de medianoche, ya que en la mayoría de los pacientes el estómago tarda en vaciar los líquidos entre 60-90 minutos. Así, las guías internacionales recomiendan permitir la ingesta de "líquidos claros" (agua, jugos de frutas sin pulpa, bebidas carbonatadas, bebidas nutricionales ricas en carbohidratos, té claro, café negro) hasta 2 h antes de la cirugía, en base a la seguridad constatada de esta práctica en pacientes que no tienen un alto riesgo de aspiración. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sin complicaciones crónicas, y los pacientes obesos presentan un vaciado gástrico normal pudiendo ser segura la administración de líquidos claros hasta 2-3 horas antes de la anestesia; sin embargo, en pacientes con retraso del vaciamiento gástrico documentado, trastornos de la motilidad gastrointestinal o con cirugía urgente, la administración de líquidos claros 2 horas antes de la cirugía puede no ser segura. Son recomendaciones incluidas en ERAS/RICA con grado de recomendación fuerte, evidencia alta. Por otro lado, la ingesta oral de una bebida de carbohidratos 2 horas antes de la cirugía, tiene un beneficio metabólico añadido, al reducir la resistencia a la insulina, además de reducir las náuseas y vómitos postoperatorios. Este efecto metabólico se centra en la creación de un estado anabólico antes de la cirugía, deteniendo el catabolismo proteico. A su vez conlleva un control optimizado de la glucosa, favoreciendo la cicatrización de las heridas y reduce la hiperglucemia postoperatoria, que es un factor de riesgo para la infección nosocomial.

7. RETIRADA CORRECTA DE VELLO.

Este indicador está incluido en el Protocolo de Enfermería de Preparación quirúrgica. Se han retirado las rasuradoras manuales y se ha generalizado el **rasurado eléctrico**. El Servicio de Medicina Preventiva ha realizado actividades informativas y formativas en relación a la eliminación de vello. Objetivo incluido también en IQZ.

8. ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA AL ALTA

De acuerdo con los datos del registro RIETE (Registro Informatizado de Pacientes con Enfermedad Tromboembólica venosa), el tiempo medio transcurrido entre la intervención y el momento de presentación de la ETV ascendió a 21 y 24 días tras cirugía ortopédica mayor y oncológica, respectivamente. Más de la mitad de los casos se diagnosticaron tras haber suspendido la profilaxis. Estos datos ponen de manifiesto que el riesgo trombótico postoperatorio se prolonga durante varias semanas tras el alta hospitalaria, especialmente en cirugía oncológica y ortopédica mayor. La UCA monitoriza este indicador y realiza retroalimentación a las unidades correspondientes para mantener el objetivo de cumplimiento. Además, fomenta el uso de las **escalas de Caprini e IMPROVE** existentes en formulario de Selene. El cumplimiento de este indicador en los servicios quirúrgicos es muy bueno.

9. ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.

La implementación de la **Guía de Profilaxis Antibiótica Quirúrgica** (guía totalmente compatible con del SMS) es un proyecto común de las comisiones IRAS-PROA y SPQ. Se ha trabajado en la adaptación del procedi-

miento de prescripción y administración del antibiótico y se ha sustituido la hoja de pauta antibiótica por la prescripción informática. Tras la monitorización periódica, se ha comprobado que ha mejorado mucho la adecuación antibiótica y el ajuste del tiempo de administración, y se sigue trabando en la optimización de la prescripción electrónica.

EL PROGRAMA CIRUGÍA SEGURA

El programa "Cirugía Segura", financiado y promovido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, es un proyecto de intervención preventiva con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad en el paciente quirúrgico (www.cirugiasegura.es). Nuestro hospital se adhirió en 2019. La adhesión al programa de Cirugía Segura como centro supone, entre otros,



la posibilidad de comparar nuestros resultados con otros centros a nivel nacional y el acceso a la formación. A lo largo del año se imparten los cursos básico y avanzado sobre seguridad del paciente quirúrgico, a los que pueden acceder todos los profesionales sanitarios de los hospitales adheridos al programa. Desde el Núcleo de Seguridad, animamos a que se realicen estos cursos.

La importancia de la seguridad de nuestros pacientes en el entorno quirúrgico ha impulsado multitud de proyectos dirigidos al mejor control y actuación clínica de las variables que tienen relación directa sobre los resultados de los procesos quirúrgicos. Difundir la cultura de seguridad es el paso más importante para poder avanzar en seguridad y todos somos responsables de la mejora de la seguridad de nuestros pacientes en el entorno quirúrgico, y en esa línea debemos seguir trabajando, porque ya ha quedado claramente demostrado que la cirugía segura salva vidas.



¿Qué es la seguridad del paciente? Cuidados de enfermería y seguridad del paciente

Dolores Beteta Fernández
Subdirectora de enfermería.

La implicación de la enfermera en los procesos asistenciales a todos los niveles y su continua proximidad a los pacientes hace de esta profesión un agente central e imprescindible tanto para comprender la génesis de los incidentes y eventos adversos (EA) como para articular e implantar estrategias encaminadas a la reducción o mitigación de riesgos dentro del equipo multiprofesional.

Los profesionales de enfermería pueden incidir en el desarrollo de EA evitables como: errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, extravasaciones, caídas, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc. Desempeñan pues un importante papel en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están comprometidos con la Seguridad del Paciente (SP).

La preocupación de la enfermera por la SP y su posición privilegiada en este aspecto se ve reflejada en su fuerte implicación en los sistemas de notificación, tanto en la realización de la mismas como en la propuesta de buenas prácticas en respuesta a los eventos notificados. Los últimos informes emitidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre Sistemas de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINAPS), en su resumen ejecutivo, indicaban que "los profesionales de enfermería son los profesionales que más utilizan el sistema, habiendo realizado más de la mitad de las notificaciones".

Si nos centramos en EA relacionados en la atención de enfermería, resulta útil, para una mejor comprensión, clasificarlos en 2 grandes bloques:

1. EA RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN.

Los grandes estudios de prevalencia de EA en España señalan los errores relativos a la medicación como los más frecuentes. Así, el Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS, mostraba un 37,4% de EA ligados a la medicación y en el Estudio Nacional de Eventos Adversos en Atención Primaria (APEAS) ascendían a 48,2%, lo que convierte los errores de medicación en una fuente de morbimortalidad muy relevante, siendo el papel de la enfermera fundamental en la prevención de errores y en el conocimiento y difusión de las prácticas seguras en la preparación y administración de medicamentos, siguiendo los diez correctos:

- 1-Medicamento correcto.
- 2-Reconstitución y dilución correcta.
- 3-Indicación y dosis correcta.
- 4-Vía de administración correcta.
- 5-Hora correcta.
- 6-Paciente correcto.
- 7-Información correcta al paciente.
- 8-Velocidad de administración correcta.
- 9-Registro correcto.
- 10-Seguimiento correcto de la respuesta .

De manera conjunta, los errores de medicación en pacientes pediátricos son más frecuentes que en adultos y el riesgo de que estos errores causen eventos adversos es hasta tres veces mayor, de ahí la importancia de disponer de enfermeras capacitadas y con formación específica en el manejo



de medicación de riesgo, preparación y monitorización del niño, para disminuir el riesgo de errores de medicación.

A nivel general, dentro de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente 2015-2020, destacan las siguientes recomendaciones para evitar errores de medicación:

- **Evitar prescripciones verbales** e implementar un procedimiento de verificación en caso de no poder evitarlas en situaciones de urgencias.
- **Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo** mediante su identificación y etiquetado, comprobación de dosis máximas, uso de tablas/guías de estandarización de la concentración y el doble chequeo, así como dispensar los medicamentos en dosis unitarias.
- **Evitar el flujo de perfusiones en caída libre**, usando bombas volumétricas y adecuación del catéter.
- **Prevenir los errores de conexión en catéteres y dispositivos.**
- **Conciliación de la medicación** con la historia fármaco-terapéutica .

EA RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS,

Antes de nada, interesa exponer dos elementos en la seguridad del pacien-

te en cuidados, categorías de sucesos que están cobrando cada vez más notoriedad, el "fallo en el rescate" y los "cuidados omitidos". Aunque ambos conceptos están relacionados, son dos categorías bien diferenciadas.

- **El fallo en el rescate** se identifica como EA desde los años 90 y se define como "el deterioro en la condición de un paciente que podría haber sido evitado mediante la precoz intervención de un profesional que actuara de forma apropiada". Se combinan elemento que tienen que ver con la acción (observación, toma de constantes) y con el conocimiento y las habilidades (identificación de signos y actuaciones precoces). Este tipo de sucesos también se ve condicionado por la comunicación entre profesionales.
- Los "**cuidados omitidos**" o "missed care" en inglés se define como la omisión de la atención de enfermería necesaria para los pacientes, como un mecanismo que vincula al personal de enfermería con los cuidados de los pacientes. Ocurre cuando las enfermeras deben realizar diversas actividades al mismo tiempo y no pueden participar en todas ellas, lo que se transforma en resultados negativos para el paciente. La evidencia empírica ha sugerido que la deficiente dotación de personal de enfermería se asocia con una disminución en la SP, mayor aparición de EA y mortalidad, así como menor satisfacción del paciente. Las dimensiones de este problema aún están por descubrirse en toda su magnitud pues no se ha explorado su repercusión en la continuidad asistencial, la atención primaria o la atención domiciliaria, pero en el ámbito hospitalario ya existe literatura.

Sobre los EA relacionados con los cuidados en sí, los podemos dividir en:

EA relacionados con la vigilancia del paciente: Estarían relacionados con el "fallo en el rescate", donde destacarían: caídas de la cama o simples caídas, pérdida de catéteres, tubos y drenajes, extubaciones, no identificación de situaciones de emergencia, entre otros.

EA relacionados con sobrecarga de trabajo y personal inadecuado; (Serían "cuidados omitidos" al disponer de pocos profesionales para las excesivas cargas de trabajo, que produce en muchos casos déficit en el cumplimiento de las normas y rutinas institucionales. Estas sobrecargas también conducen a un déficit de supervisión en profesionales con inexperiencia que contribuyendo todo ello a la aparición de EA.

EA relacionados con infecciones hospitalarias: Aquí la enfermera puede participar activamente proporcionando cuidados con la mayor asepsia posible y en las condiciones óptimas con el fin de evitar infecciones nosocomiales. De forma transversal puede participar también en la promoción de la higiene de manos, por ser una buena práctica para la prevención de transmisión de infecciones a nivel profesional. Esta práctica tiene un alto impacto sobre la SP, necesidad de pocos recursos materiales y poca especialización del personal, pero, por tratarse de una actividad en la que pesa mucho la costumbre y en la que cuenta la contagiosidad de los comportamientos, constituye el reto principal en las organizaciones sanitarias. A pesar de conseguir avances puntuales en servicios o momentos críticos, su expansión y sostenibilidad en el tiempo sigue figurando como punto débil en las instituciones sanitarias.

EA relacionados con los recursos materiales: Relacionados con previsión y suministro de materiales y el mantenimiento de equipos.

Por tanto, si se quieren mitigar EA centrados en la atención enfermera, es imprescindible una adecuada gestión del personal, que garantice la dotación adecuada y logre una sostenibilidad de los recursos. Si nos centramos en actuaciones complementarias sobre las personas y el entorno donde desempeñan su actividad para reducir la frecuencia de errores y fallos, hay que señalar:

- Evitar interrupciones frecuentes durante el trabajo, a fin de reducir errores relacionados con la atención.

- Limitar las horas de trabajo continuado, a fin de reducir errores relacionados con la fatiga y el estrés.
- Cuidar los aspectos de confort en el ambiente de trabajo: iluminación adecuada, control del ruido, orden, limpieza, etc.
- Mejorar la comunicación verbal entre el equipo, con los pacientes y sus familias.
- Evitar, siempre que sea posible, órdenes y anotaciones escritas a mano y, en cualquier caso, firmar todas ellas de modo legible.
- Facilitar el conocimiento preciso de datos, equipos y determinados dispositivos y tratamientos de urgencia y entrenamiento supervisado, previo a la realización en solitario de determinados procedimientos.
- Contemplar en el diseño de equipos, dispositivos, normativas y procedimientos de trabajo sencillos, 'a prueba de errores' y adaptados a los conocimientos y habilidades de los profesionales.
- Estandarización de los mismos en todos los servicios de un hospital (ventiladores, desfibriladores, bombas de perfusión, etc.).
- Desarrollar un entorno proclive al aprendizaje continuo, comentando los errores y analizando las causas y consecuencias de los mismos.
- Aceptar que pedir ayuda a otros miembros del equipo no es un signo de debilidad, falta de experiencia o formación insuficiente.

Por todo ello, las expectativas deben ser asegurar unos cuidados de calidad-seguros que eviten la aparición de EA. A nivel institucional se debe apostar por un cambio en el método de organización del trabajo, con una participación más activa de los profesionales y el empoderamiento de los pacientes en la identificación de situaciones de riesgo y prevención de errores; sin olvidar establecer cultura de seguridad en las instituciones que permita que los profesionales se sientan seguros cuando se produce algún error, ya que solo a través del conocimiento de los EA, se hace posible establecer barreras para que no se vuelvan a producir.

¿Qué es la seguridad del paciente?

Prevención de la infección relacionada con la asistencia sanitaria

Marta Cañadilla Ferreira
Isabel Alejandra López Tovar.
Jesús Soriano López
Alberto Torres Cantero
Servicio de Medicina Preventiva.

¿QUÉ SON Y CUÁNTAS HAY?

Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) se producen durante el proceso asistencial sin estar presentes ni en periodo de incubación en el momento del inicio de la asistencia. Incluyen por tanto desde las infecciones respiratorias que puede contraer un paciente en el hospital (gripe, COVID-19) hasta las infecciones relacionadas con los procedimientos médicos (sonda vesical, vías centrales o periféricas) o quirúrgicos seguidos. Y también otras que tienen que ver con la posible contaminación ambiental (Legionella) o la mala calidad del aire interior (hongos...). También entran en la categoría, de infecciones nosocomiales aquellas que se contraen en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y las infecciones contraídas por los profesionales en el propio centro sanitario.

Para medir la magnitud del problema necesitamos realizar estudios epidemiológicos que pueden hacerse sobre la prevalencia de la enfermedad o sobre la incidencia. Los estudios sobre la prevalencia son más fáciles de realizar pero nos dan una imagen más estática del problema. Aún así, por esta mayor facilidad de realización, menor coste y duración, los estudios de prevalencia son los más usados. Entre estos el

años), otros de los procedimientos realizados en el paciente (días de estancia, presencia de catéter vascular central o periférico, catéter urinario, intubación o cirugía), y, finalmente, otros que dependen del propio centro (número de camas, o si es un hospital terciario o especializado).

LAS IAAS COMO RIESGO DE SEGURIDAD

Su presencia supone un riesgo para la seguridad del paciente y una amenaza para el buen funcionamiento de nuestro sistema sanitario. Las IAAS se encuentran entre las principales causas de aumento de morbilidad y mortalidad de nuestros pacientes, especialmente de los que pertenecen a grupos de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que en países como Estados Unidos uno de cada 136 pacientes es afectado por una IAA durante su estancia hospitalaria, lo que se traduce en unas cifras estimadas de dos millones de casos y unas 80.000 muertes anuales.

En España, los datos sobre IAAS para el año 2011 estimaron un incremento de 953 millones de euros sobre el gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud. Dentro de las infecciones nosocomiales tienen un papel muy destacado, tanto como problema de salud pública a la vez que asistencial, las infecciones por gérmenes multirresistentes. En conjunto, las infecciones producidas sólo por estos gérmenes multirresistentes son responsables de una carga de enfermedad similar a la del resto de las enfermedades infecciosas de la población.

PREVENCIÓN DE IAAS

Para prevenir este tipo de infecciones, podemos establecer tres grupos de medidas y estrategias de control.

- Por un lado hay un conjunto de medidas estructurales que van



más importante es el **estudio de EPINE** que se inició en 1990 desde la Sociedad Española de Medicina Preventiva. Desde entonces el estudio se ha realizado todos los años, a excepción de 2020, que por la situación particular de la pandemia se decidió no hacerlo. Los principales objetivos de este estudio son el conocimiento de la carga de la enfermedad producida por las IAAS, el uso de los antibióticos y la frecuencia de las resistencias a los antimicrobianos en los pacientes hospitalizados. En el año 2019 el estudio de EPINE abarcó más de 60,000 pacientes hospitalizados, con una prevalencia de IAAS del 7% (IC 95%: 6,8-7,2). La fuente de las IAAS puede endógena (microorganismos que ya estaban presentes en las mucosas y la piel del paciente) o exógena (microorganismos procedentes de otro paciente, de un profesional sanitario o del entorno). Todas estas fuentes son relevantes y deben ser consideradas al organizar las medidas preventivas. El estudio de EPINE nos permite conocer factores relacionados con la prevalencia de infección, algunos de los cuales dependen del propio paciente (edad de más de 40

destinadas a **garantizar un entorno seguro para los pacientes**. Entre ellas hay medidas relacionadas con la bioseguridad ambiental, limpieza, higiene del agua, entre otras.

- Un segundo grupo de medidas van dirigidas a asegurar que los procedimientos clínicos responsables de la mayoría de las infecciones nosocomiales se realizan en las mejores **condiciones de asepsia**.
- Un tercer grupo de medidas se basan en **una serie de intervenciones bien establecidas y de probada eficacia** que pueden y deben ser realizadas por todos los profesionales por lo que a través de ellas todos podemos contribuir a disminuir el riesgo de infección y por tanto hacer del hospital un entorno mucho más seguro.

En este último grupo encontramos, en primer lugar las **precauciones estándar** que comprenden los principios básicos para evitar el riesgo de transmisión de infección a los profesionales desde pacientes, y que se basan en establecer medidas específicas de protección en todos los pacientes ante situaciones que pueden entrañar riesgo sobre la base, no del conocimiento de una infección o colonización de riesgo del paciente de que se trate, sino del principio de tratar a cada paciente como si estuviese infectado o colonizado. Un ejemplo actual asimilable a este principio lo tenemos en el requerimiento de utilización de la mascarilla quirúrgica de forma permanente en todas las interacciones en el hospital. No utilizamos la mascarilla porque la otra persona esté infectada, sino que la utilizamos siempre ante la eventualidad de que la otra persona lo esté sin saberlo. De forma similar, en las precauciones estándar no hacemos higiene de manos porque el paciente anterior estuviese infectado o de que hayamos tocado una superficie contaminada, sino para evitar las consecuencias de esa posibilidad.

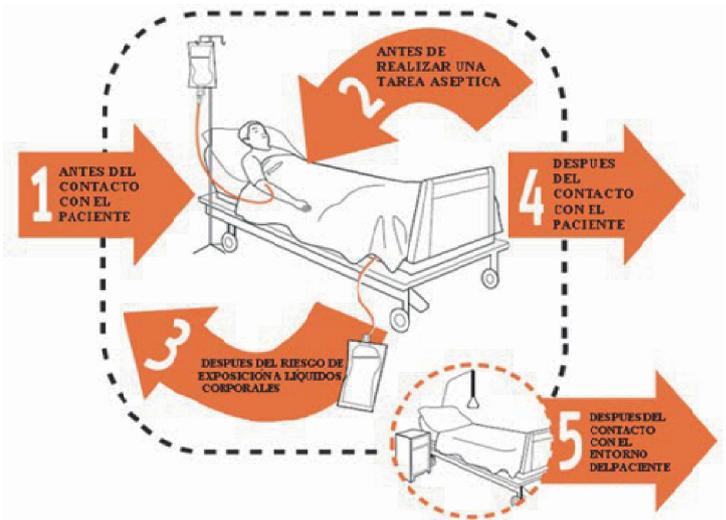
Estas medidas son muy útiles y eficaces cuando se ponen en marcha de forma sistemática y regular en todas las actuaciones sanitarias, protegiendo a los profesionales y los pacientes. Su aplicación debe extenderse a todos los pacientes que reciben asistencia, al margen de su diagnóstico o su presunto estado infeccioso, disminuyendo el riesgo de que el paciente y el personal del hospital contraigan una infección. **La higiene de las manos constituye el núcleo de las precauciones estándar y es la medida más eficaz para el control de las infecciones.** Se estima que algo más de la mitad de todas las infecciones nosocomiales podrían evitarse si los profesionales sanitarios hiciésemos la higiene de manos de forma regular en todas las situaciones que lo requieren. Dentro de estas medidas incluimos:

- Realizar lavado de manos en los 5 momentos recomendados.
- Mantener la puerta de la habitación cerrada siempre que sea posible.
- Limitar la circulación de los pacientes.
- Restringir las visitas en la medida de lo posible.
- Eliminar los fluidos biológicos de riesgo en el contenedor correspondiente.
- Si hay riesgo de salpicaduras, usar protección ocular.
- Si hay riesgo de entrar en contacto con material contaminado (sangre, secreciones, fluidos, etc), usar bata desechable y guantes.
- Instruir a las visitas para realizar higiene de manos antes y después de entrar en la habitación.

En ningún caso deberán acceder si presentan signos de tos, fiebre o infección.

El lavado o la higiene de las manos está considerada la medida singular más importante para evitar la transmisión de microorganismos y disminuir las IAAS. En el siglo XIX el médico húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865)

introdujo la higiene de manos en los paritorios del hospital en el que trabajaba, consiguiendo así disminuir la mortalidad de las mujeres por fiebre puerperal. Las manos son la principal vía de transmisión de microorganismos durante nuestra atención sanitaria, y todos los profesionales sanitarios o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente debe realizarla. Podemos realizarla frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón pero no debemos utilizar conjuntamente ambos productos. En cualquier caso, nuestras manos deben estar libre de joyas y relojes, y las uñas deben de estar cortas y sin esmalte. Las



lavaremos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, después de usar el inodoro o cuando

A cada uno se le debe pedir lo que está a su alcance realizar

© Antoine de Saint-Exupéry (1900-1944). Escritor y aviador francés



Está a tu alcance



**Manos limpias
Salvan vidas**

Es un mensaje del Núcleo de Seguridad del Área I Murcia Oeste

se sospeche o tengamos constancia de haber estado expuestos a patógenos que liberan esporas (p.ej. *Clostridium difficile*).

En el resto de ocasiones, es recomendable que limpiemos las manos con preparados de base alcohólica (PBA) ya que es más rápido, más eficaz y mejor tolerado que lavarlas con agua y jabón. Como ventajas de la fricción de manos con un PBA están su eficacia, el escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos), la disponibilidad del producto, y la buena tolerancia para la piel.

La forma de realizarla, según el procedimiento propuesto por la OMS es:

1. Aplicar la dosis necesaria de producto y frotar las palmas entre sí.
2. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
3. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
4. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
5. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y arrastrando el pulgar derecho sobre el dorso de la mano y la eminencia tenar de la mano izquierda y viceversa.
6. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Sobre cuando realizarla, la OMS recomienda 5 momentos para la higiene de manos durante la asistencia sanitaria: siempre antes del contacto con el paciente o de realizar una tarea limpia o aséptica, y siempre después de la exposición a fluidos corporales, de finalizar el contacto con el paciente, o al salir del entorno del paciente.

SiNASP sirve para cambiar (a mejor)

¿Qué es el SiNASP?

Inmaculada Vidal-Abarca
Médico. Unidad de Calidad Asistencial



El Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, el **SiNASP**, es un sistema de notificación desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro Sistema Nacional de Salud. En su desarrollo desde el año 2007 hasta su puesta en marcha en el año 2010 ha contado con la participación de pacientes, profesionales (a través de las Sociedades Científicas), representantes de las CCAA y expertos en Seguridad del Paciente. Nace con tres objetivos principales:

- **Mejorar la seguridad de los pacientes** a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.
- **Promover los cambios necesarios en el sistema** para evitar que estas situaciones se repitan en el futuro.
- **Aprender a partir del análisis de las notificaciones**, identificando nuevos riesgos, tendencias y factores contribuyentes.

Los principios en los que se basa SiNASP son:

- **Voluntariedad de la notificación.**
- **No punibilidad.** al margen de cualquier sistema de sanciones.
- **Confidencialidad.**
- **Notificación anónima o nominativa con de-identificación de los datos** de manera que a los 15 días se borra automáticamente, sin posibilidad de recuperación: la fecha y hora exacta en que ocurrió el incidente (se mantiene la franja horaria), la dirección de email y nombre del notificante (si lo incluyó), Y LAS Categorías profesionales de las personas implicadas
- **Análisis para el aprendizaje y mejoras a nivel local.**
- **Orientación sistémica para el análisis**, examinando las "condiciones latentes" que han permitido que aparezca el incidente.

¿CUÁNDO Y CÓMO SE PONE UN SINASP?

El proceso de notificación se inicia cuando un profesional sanitario detecta un incidente, bien por observación directa (por participación directa o por estar presente cuando se produce el incidente) o por detección indirecta (conoce lo ocurrido a posteriori). Las situaciones que pueden ser notificadas son cuatro:

1 Incidentes relacionados con la seguridad del paciente: Circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño evitable a un paciente.

2 Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente: Circunstancia que podría haber causado daño pero no lo llegó a causar, por suerte o porque fue interceptado antes de llegar al paciente.

3 Incidentes sin daño: Incidentes que no llegaron a causar daño, aunque sí llegaron al paciente.

4 Eventos adversos: Incidentes que han producido daño al paciente.

Por el contrario, las **situaciones que se excluyen de ser notificadas** son en las que deliberadamente se ha buscado hacer daño al paciente o al sistema como son los abusos a pacientes, actos criminales, prácticas inseguras intencionadas o actuaciones bajo los efectos de drogas.

Durante el proceso va a ser obligado introducir un código de notificación. Hay uno para cada centro de salud del área 1-Arrixaca y otro para el hospital, que se incluyen en la figura anterior.

Los apartados del cuestionario de notificación a rellenar son cuatro:

UALS01	EAP Alcantarilla - Sangonera la Seca
UMSA32	EAP Murcia - San Andrés
UALC03	EAP Alcantarilla Casco
UALG04	EAP Algezares
UALH06	EAP Alhama
UALJ50	EAP Aljucer
UPAL20	EAP El Palmar
UESP21	EAP Espinardo
UALB24	EAP La Alberca
UMUL33	EAP Mula
USLV47	EAP Sangonera la Verde
UNOR25	EAP La Ñora
UNON34	EAP Nonduermas
UCCT15	EAP Campo de Cartagena
HUVA56	Arrixaca

Cualquier profesional sanitario que identifique un incidente relacionado con la seguridad del paciente ocurrido en su centro de trabajo puede poner una notificación. Para ello tiene que acceder al SiNASP desde **Internet**, en <https://www.sinasp.es> o desde **Arrinet**, clicando el icono situado en su página principal.

- **Incidente:** características y tipo
- **Paciente:** características y resultados en el paciente
- **Factores contribuyentes** o posibles causas que el notificante piensa que contribuyeron a que se produjese el incidente.
- **Medidas de reducción de riesgo** que el notificante puede proponer para evitar que el incidente se repita.

Es conveniente describir el suceso con el mayor nivel de detalle posible evitando en todo momento expresar opiniones personales y sólo relatar hechos objetivos. Además se debe EVITAR INCLUIR DATOS IDENTIFICATIVOS de pacientes ni de los profesionales implicados.

Una vez **rellenado el formulario**, SiNASP clasifica el incidente según la gravedad y la frecuencia del suceso o probabilidad de que el suceso vuelva a ocurrir (Severity Assessment Code) en 4 niveles de riesgo, desde extremo

(SAC1) a bajo (SAC 4). Hay además dos tipos de incidentes que no son susceptibles de una clasificación mediante el SAC. Situaciones con capacidad de causar incidentes y los incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron al paciente. Teniendo en cuenta que estas dos categorías no alcanzan al paciente, ambas categorías se clasifican como "NO SAC". Algunos ejemplos de gravedad se resumen en la tabla:

Gravedad	Ejemplo
Situación con capacidad de causar un incidente	Prescripción con letra ilegible
Incidente que no llegó al paciente	Se encontró una jeringa conteniendo lidocaína 2% + epinefrina, rotulado solo como lidocaína 2% y se corrigió.
Incidente que llegó al paciente, pero no le causó daño	Se realizan pruebas diagnósticas a un paciente que no le correspondían, por un error en la identificación del paciente.
Incidente que llegó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención	Durante el traslado de un paciente de una UCI a otra con el respirador de traslados. Al conectarlo se observa que es imposible la entrada de aire. Se analiza rápidamente y se observa un dispositivo colocado erróneamente en la válvula respiratoria que impedía la salida de aire.
Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención	Traumatismo facial por caída durante hospitalización que necesita cura y sutura.
Contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización	El paciente cae de la cama al no estar puestas las barreras. Se realiza radiografía y se identifica fractura de cadera.
Contribuyó o causó daño permanente al paciente	Extirpación de diente sano por error de lateralidad.
Comprometió la vida del paciente y se precisó intervención para mantener su vida	Se presentan dificultades en intubación. Se precisa tubo de calibre menor, que no se encuentra disponible en su lugar habitual y hay que traer de sala contigua. El paciente presenta disociación electromecánica por hipoxia.
Contribuyó o causó la muerte del paciente	Administración de vincristina por vía intratecal, produciendo la muerte

Una vez **completada la notificación se le asigna a un gestor** perteneciente a un entorno similar al que se haya producido el incidente. Lo primero que hace es revisar la notificación eliminando, si los hay, los elementos de identificación del paciente y/o profesionales implicados. Luego procede a obtener mayor información de lo sucedido, bien contactando con el notificante (si ha dejado una dirección de correo), bien acudiendo al lugar del suceso o hablando con responsables de la unidad o servicio, etc...).

Seguidamente y en función de la clasificación SAC que tenga el incidente se presenta en el **Núcleo de Seguridad**, un grupo de profesionales del área-1 encargados de atender los asuntos relacionados con la seguridad de los pacientes que se reúne una vez al mes. Aquí se decide cómo gestionar el incidente: mediante análisis de datos agregados, estableciendo planes de acción específicos, o usando herramientas más elaboradas como el ACR.

Por fin, y analizado el incidente se elabora una propuesta de **medidas de reducción de riesgos**, que se aprueba y se implementa, haciendo un seguimiento de las acciones implementadas y dando información a los profesionales.

SINASP Y LA LEGISLACIÓN

Un aspecto que preocupa a los profesionales a la hora de notificar un incidente grave (SAC 1 o 2) es el marco legal en el que se actúa. Realmente en España no hay garantías legales suficientes (como sí ocurre en países como Italia, Di-

namarca...) que aseguren la confidencialidad de la información contenida en los sistemas de notificación al menos en su acceso por jueces y tribunales, sobre todo en justicia penal. En todo caso, las posibles implicaciones legales dependen de dos factores: el tipo de incidente que se notifica y la información identificativa que se recoja.

Por eso, y con el fin de limitar las consecuencias legales potenciales, en el SINASP se excluyen del sistema las infracciones DOLOSAS Y CULPOSAS, que son además de utilidad limitada desde un punto de vista del aprendizaje. También elimina activamente datos identificativos mediante los gestores (cuando analizan las notificaciones) y con la eliminación automática de información pasado 15 días.

SINASP EN EL ÁREA 1 - ARRIXACA

SINAPS funciona en nuestra Área desde el año 2012. desde entonces, el total de incidentes notificados ha sido 555. Las áreas donde ocurrieron la mayoría de los incidentes fueron las unidades de hospitalización (156 notificaciones) y las de cuidados intensivos (147 notificaciones). Esto probablemente se deba no tanto a que los incidentes se den más en estas áreas sino que haya más costumbre de notificarlos. Los profesionales que más notificaciones han puesto han sido los médicos con 271 y los enfermeros con 250.

En cuanto a su clasificación SAC, hay más cuanto menor fue la gravedad. Así sobre todo fueron sin SAC (281), mientras que sólo se notificaron 21 SAC 1. Los factores contribuyentes que con más frecuencia sugieren los notificantes son los factores profesionales (265 notificaciones), entre los que se encuentran, los problemas de comunicación, formación/conoci-

mientos/competencia de los profesionales, su comportamiento, el estrés o la fatiga

Por último, comentar que el Ministerio edita todos los años un **curso de formación no presencial**, con una duración estimada de hora y media a tres horas, y que se acredita con 4 créditos de formación continuada. Para más información podéis contactar con la Unidad de Calidad Asistencial del Área 1-Arrixaca a través de ucarrixaca.sms@carm.es, o marcando el 968381035.

APRENDER DE LOS ERRORES CONTRIBUYE A HACER TU ENTORNO DE TRABAJO MÁS SEGURO PARA LOS PACIENTES

¡ ANÍMATE, NOTIFICA EN SINASP !

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

SiNASP sirve para cambiar (a mejor)

Notificación de una parada en una planta de hospitalización

Carlos Albacete

Médico. Unidad de cuidados intensivos

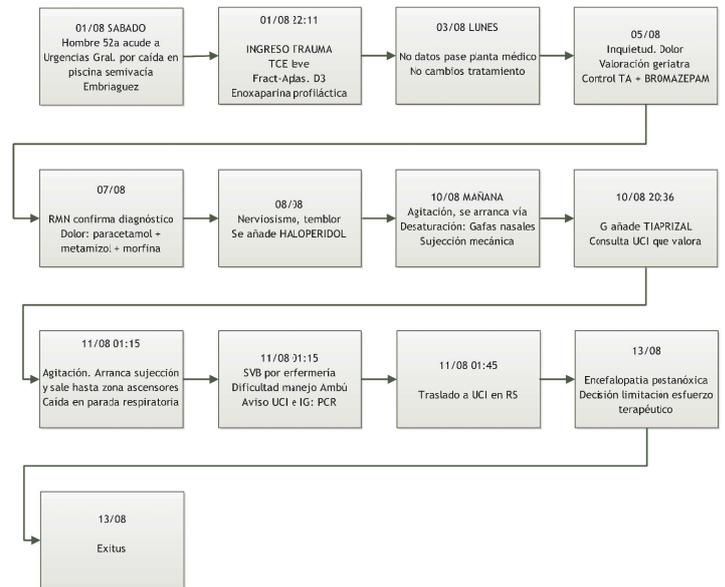
El objetivo de SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El estudio de estas situaciones, del contexto en que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis sistema está en el aprendizaje para la mejora.

En esta ocasión narramos las actuaciones que generó una notificación a propósito de una parada cardiorrespiratoria (PCR) en una planta de hospitalización, durante el verano. Por sus consecuencias, el evento se catalogó como de severidad máxima (SAC1) y el Núcleo de Seguridad solicitó a dirección el inicio de un análisis causa-raíz (ACR), que fue autorizado. El ACR es una herramienta de análisis retrospectivo de los incidentes de seguridad, encaminada a identificar qué, cómo y por qué ocurrieron, con el objetivo de diseñar e implementar las intervenciones oportunas para evitar que vuelvan a suceder.

Lo primero que se hizo es formar un grupo de trabajo donde participaron miembros del núcleo, de la dirección, médicos, farmacéuticos y enfermeros. Su primera tarea fue reunir toda la información posible sobre el tema. Para ello se indagó en la historia clínica electrónica y en papel, así como en el programa de prescripción de medicamentos. Además se realizó entrevistas a profesionales y mandos del servicio y del ala de

hospitalización donde sucedió. La secuencia de eventos que han podido asegurarse se detalla en la figura:

Se trata de un varón de mediana edad que ingresa a primeros de agosto por urgencias tras una caída con traumatismo cráneo-encefálico y fractura



vertebral. El que su lengua materna no fuera el castellano dificultaba la comunicación. A los pocos días comienza con un cuadro de nerviosismo, temblor y agitación, compatible con delirium tremens, que precisó

medicación específica y medidas de sujeción mecánica. Aun así, una madrugada se arranca la sujeción y sale hasta la zona de ascensores, donde cae en PCR. Allí se inician medidas de soporte vital por el personal de enfermería y médico de guardia. Se traslada a UCI donde se evidencia encefalopatía postanóxica, falleciendo el paciente dos días después.

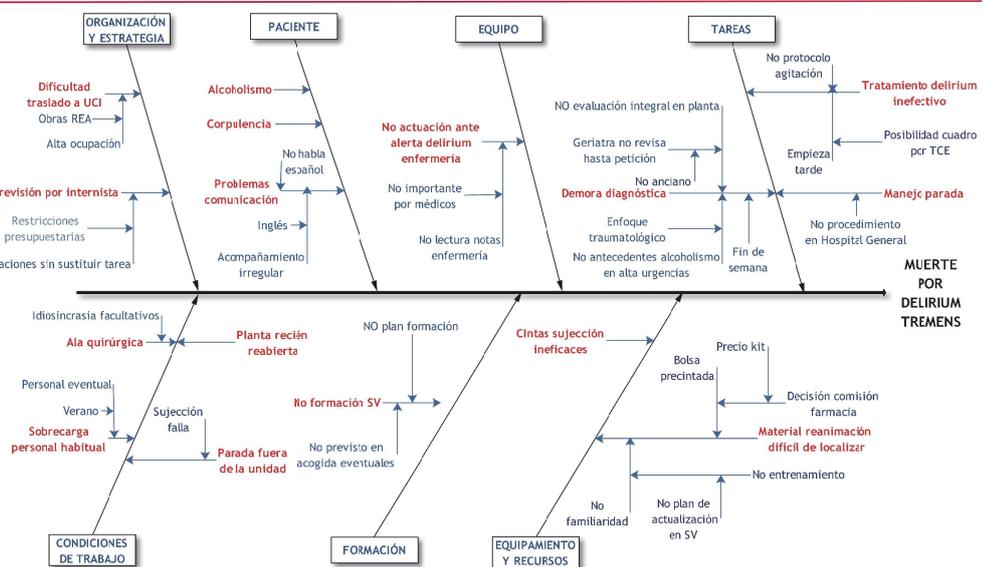
Para indagar las causas, se comenzó por una tormenta de ideas para identificar factores que pudieran haber contribuido (no causado) a que se produzca el evento adverso, incluyendo aquellas barreras que, mediante su fallo (completo o parcial) o su ausencia puedan haber permitido su aparición. Fueron debatidas, ordenadas y agrupadas en categorías mediante un diagrama de causa y efecto. El resultado se recoge en la figura.

Del diagrama se extrajeron los factores (condicionantes y contribuyentes, acciones, etc.), con especial interés en identificar las causas-raíz, aquéllas que si se corrigen pueden prevenir que se vuelva a repetir el incidente. En nuestro caso, fueron 3:

- Insuficiente formación en soporte vital básico instrumentalizado.
- Carros de parada poco amigables en el acceso al instrumental.
- Sistemas de contención mecánicas poco eficaces.

Por eso se priorizaron y pusieron en marcha las siguientes acciones:

1 Diseño e implementación de un procedimiento de parada, con la intención de poner en marcha el Soporte Vital Básico Instrumentalizado por Roles. Para ello se programaron actividades formativas, unas 10



ediciones del curso dirigidas a todo el personal.

2 Cambios en los carros de parada. Se revisaron Y ACTUAL los fármacos y el material fungible, añadiendo unos, eliminando otros y modificando de viales de algunos.

3 Elaboración de un Manual de Contención cuya finalidad es mantener sujeto al paciente, siempre bajo las órdenes médicas escritas de un facultativo, y siempre que no exista alternativa.

Con estas medidas la Arrixaca cuenta ahora con nuevas barreras para disminuir la probabilidad de que sucedan eventos adversos. Pero aún queda un largo camino por recorrer. **Notifica. Ayúdanos a hacer tu trabajo diario más seguro para nuestros pacientes.**

SiNASP sirve para cambiar (a mejor)

Notificación de un error en la dosis de medicación administrada

Mar Galindo

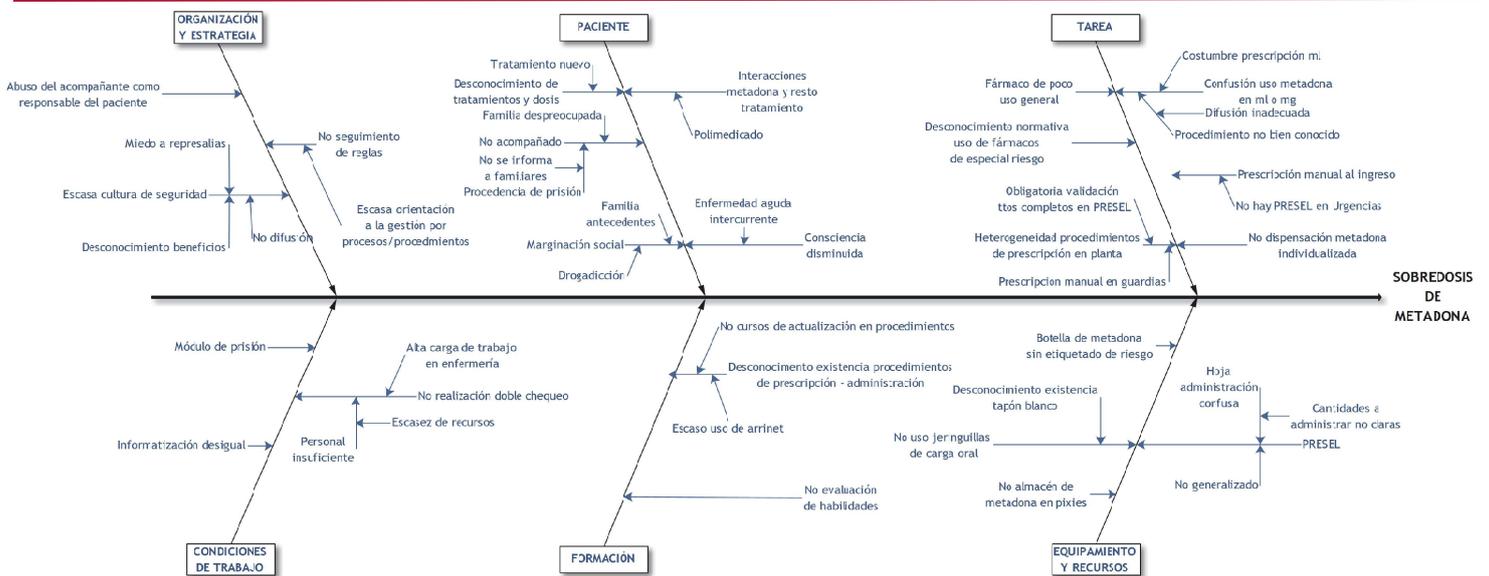
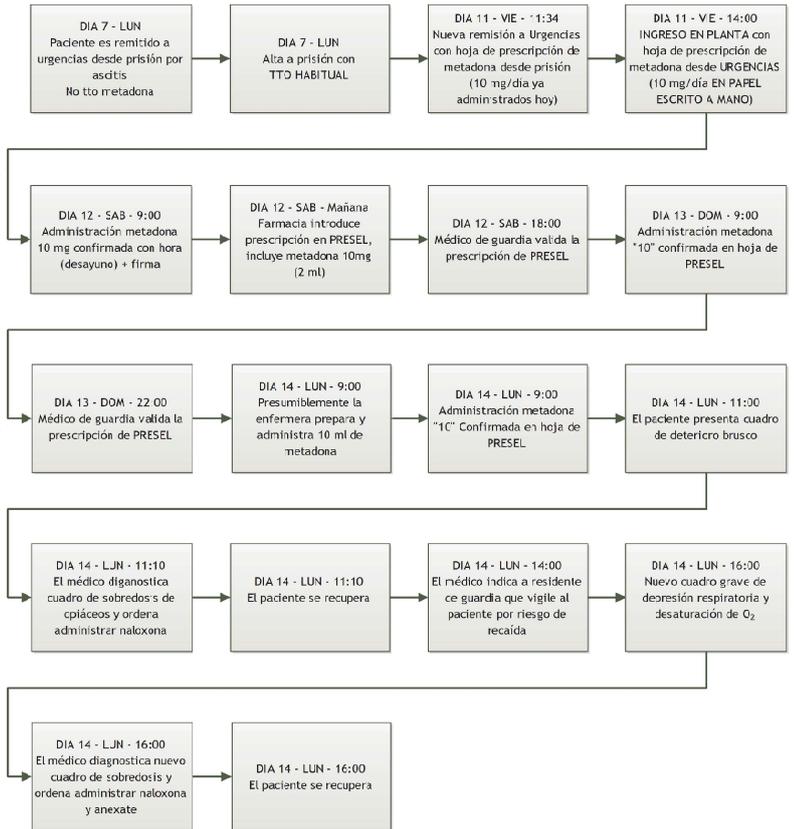
Farmacéutica. Referente de calidad del servicio de farmacia

Se trata de un error de medicación (administración de una dosis de metadona 5 veces superior a la prescrita) que puso en riesgo la vida del paciente (le produjo parada respiratoria) y necesitó intervención. Afortunadamente se recuperó tras el tratamiento oportuno. La secuencia de eventos se detalla a la derecha.

Para reunir esta información el núcleo indagó en la historia clínica electrónica y en papel, en el programa Presel con que contábamos en su día (donde aparece la pauta de tratamiento que ha de administrarse) y realizó entrevistas a profesionales del servicio y al donde sucedió. Constatada la importancia y gravedad, se formó un grupo de trabajo con personas del núcleo, dirección, médicos, farmacéuticos, enfermeros y supervisores.

Especial interés tuvo profundizar en el procedimiento de administración de metadona. Se dispensa en frasco desde farmacia, y en planta se prepara la dosis extrayendo con jeringuilla el volumen necesario. En este procedimiento se detectaron oportunidades de mejora para reforzar las barreras del sistema, como podéis observar en el análisis de causa de la página siguiente.

La causa-raíz identificada, que puede prevenir nuevos incidentes de este tipo, fue la rutina inadecuada de prescripción-dispensación-administración de metadona. Las acciones correctoras implementadas fueron dirigidas a mejorar ésta y otros factores contribuyentes del incidente:



- Envío de nota por correo electrónico desde dirección a los médicos informando de la necesidad de prescribir los medicamentos en miligramos, en vez de en mililitros, unidades, ampollas, etc.
- Alerta en Presel para que la prescripción se haga en miligramos.
- Confección y difusión de un listado de fármacos de alto riesgo de administración oral.
- Confección y difusión de un procedimiento de doble chequeo para estos fármacos.
- Etiquetado de los frascos de metadona con una pegatina advirtiendo de la necesidad de comprobar la correcta dispensación en mg y ml.
- Fomento del uso de jeringas para la administración oral de fármacos.

Tras la puesta en marcha estas medidas, nuestro hospital cuenta con nuevas barreras para disminuir la probabilidad de que sucedan eventos adversos.

Pero aún nos queda un largo camino por recorrer. **Notifica. Ayúdanos a hacer tu trabajo diario más seguro para nuestros pacientes.**

Elementos para la seguridad del paciente en el Área 1 - Arrixaca

Proyecto NO HACER

Mercedes López
Enfermera. UDICA.

El Desarrollo del Sistema Sanitario, contribuye positivamente a mejorar la Calidad de los Servicios, pero esto conlleva continuos cambios que son necesarios, ya que por un lado se debe adecuar la práctica a los avances de la investigación y en contraposición coexisten prácticas asociadas a la costumbre.

La medicina basada en la evidencia surgió en el último tercio del siglo XX como un movimiento de mejora de la calidad asistencial y ha supuesto un cambio de paradigma en el modo de entender la medicina. Fue el punto de partida para asumir que la práctica sanitaria conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden y que conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas estos riesgos aumentan. Por ello, es uno de los condicionantes de la creciente preocupación por la "seguridad de los pacientes". En consecuencia, comienzan a surgir diversas iniciativas con el fin de no realizar aquellas intervenciones cuya relación beneficio/riesgo no está clara o para las que no se dispone de evidencia para aconsejar su uso continuado. En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en 2013 el proyecto de "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas" para acordar recomendaciones de "No Hacer" (RNH) basadas en la evidencia científica.

¿CÓMO LO HICIMOS NOSOTROS?

En nuestra Área, en 2016 se llevó a cabo un proyecto para la evaluación e intervención sobre las prácticas "No Hacer" promovidas por el Ministerio de Sanidad en un área integrada de salud, como estrategia para la mejora de la seguridad del paciente. Durante agosto y septiembre de 2016, para cada uno de los servicios y unidades de la Arrixaca (médicos, quirúrgicos, centrales y atención primaria) se realizó la búsqueda de RNH de las diferentes sociedades científicas, enmarcadas en el proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España"

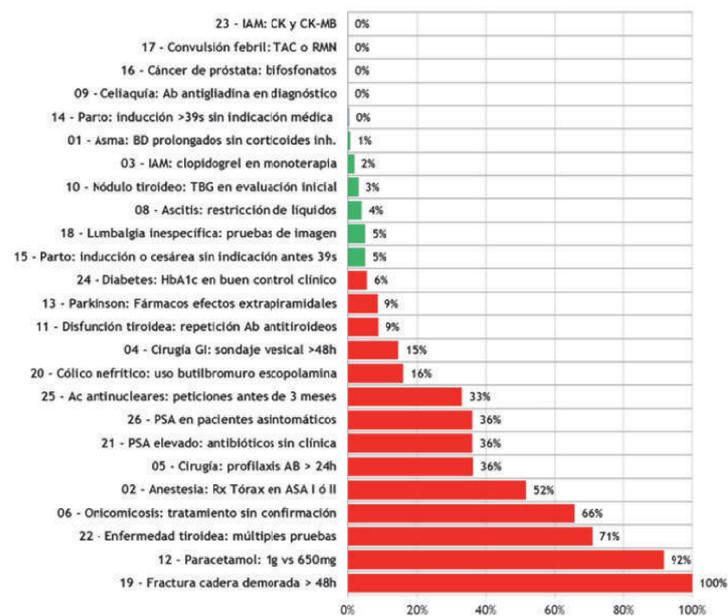
Después las RNH localizadas pasaron por un proceso de selección:

- En primer lugar, se unificaron las RNH repetidas.
- Posteriormente, se tuvo en cuenta la factibilidad de la medición de la prevalencia de las RNH.
- Por fin, la relevancia de las RNH en términos de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

Finalmente se seleccionaron 25 RNH y se construyeron indicadores para que fueran medibles, incluyéndolos a su vez en el Acuerdo de Gestión. Aquí tenemos algunos ejemplos:

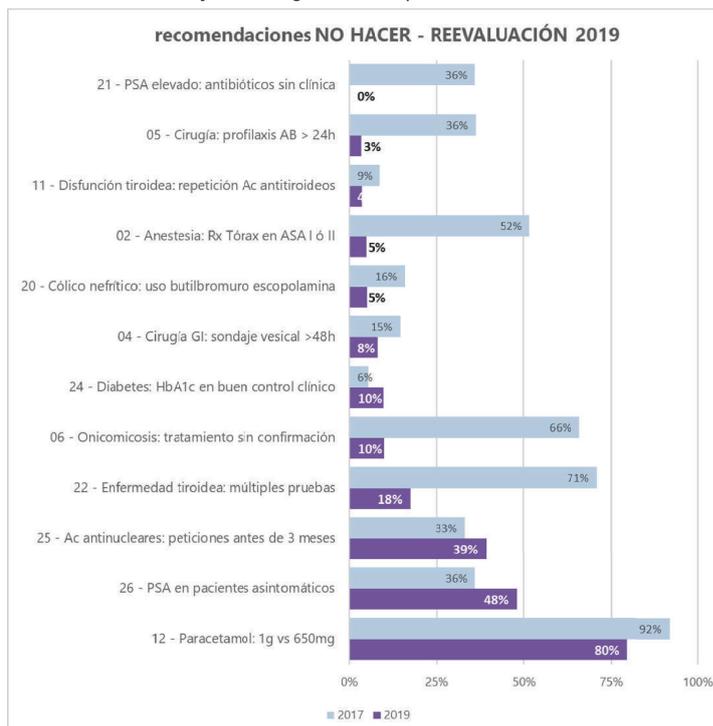
- RNH.04 - No mantener sondaje vesical más de 48 horas tras cirugía gastrointestinal.
- RNH.05 - No prolongar más de 24 horas, tras un procedimiento quirúrgico, los tratamientos de profilaxis antibiótica.
- RNH.12 - No pautar paracetamol en dosis de 1 g de forma sistemática. La dosis de 650 mg es más segura e igual de eficaz.

La primera evaluación se efectuó en 2017 y analizó esas 25 RNH. La prevalencia de prácticas con RNH osciló entre el 0 y el 100% (ver figura). Un total de 14 prácticas con RNH obtuvieron cifras de prevalencia superiores al estándar fijado en el estudio (56,0%, en rojo en la gráfica), que era no sobrepasar el 5% de prevalencia.



Estos resultados fueron difundidos a las unidades y servicios implicados, y se acometieron las oportunas actividades de mejora. Tras ellas, se realizó una nueva evaluación de las RNH en que no se alcanzaban los valores exi-

gidos. Esta segunda evaluación tuvo lugar en 2019. En ella se consiguió alcanzar el estándar en 5 RNH más (ver gráfica azul), con lo que el total de RNH con práctica adecuada se elevó a 16 (64% de las investigadas). Hemos conseguido mejorar la calidad de nuestra actividad en estas situaciones y hacer nuestro trabajo más seguro de los pacientes.



Pero aún nos quedan 7 RNH con potencial de mejora. Seguimos.

Elementos para la seguridad del paciente en el Área 1 - Arrixaca

Encuestas de cultura de seguridad

Virgina Pujalte

Médico. Coordinadora del Servicio de Atención al Usuario

Uno de los mayores desafíos sanitarios a los que nos enfrentamos es el de practicar una atención libre de INCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS INNESCARIOS Y EVITABLES que producen morbilidad y mortalidad en los pacientes. La respuesta a este problema no debe centrarse en los errores humanos, que son una condición inherente a la condición humana, sino en crear en las organizaciones una cultura de seguridad adecuada.

¿QUÉ ES UNA CULTURA DE SEGURIDAD ADECUADA?

Un **modelo mental** con un conjunto de valores y normas, **compartido por la organización** y todos sus miembros, que posiciona la **SEGURIDAD como un COMPROMISO Y OBJETIVO COMÚN A PERSEGUIR** y que es necesaria para mejorar la efectividad del resto de intervenciones. Para que todos los esfuerzos realizados para mejorar la seguridad del paciente se generalicen es vital **implantar una cultura de seguridad desde la institución, desde toda la organización**. Esto supone además, un proceso de aprendizaje colectivo, desterrando el sentimiento de culpa y adoptando un enfoque nuevo y distinto, centrado en el **SISTEMA** y no en el individuo, y valorando los errores humanos como consecuencias y no como la causa.

En nuestro país, la sensibilización cultural de profesionales en seguridad del paciente es también una de las estrategias definidas por el taller de expertos promovido por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud para definir la Estrategia en Seguridad del Paciente.”

Una base cultural adecuada es la primera de las «buenas prácticas» señalada para mejorar la seguridad del paciente en los informes publicados en 2003 y 2007 por el National Quality Forum de Estados Unidos. La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Así es posible revisar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Así se consigue unificar los criterios y actuaciones.

Sin embargo, los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados en fuertes convicciones que a veces entran en conflicto con esta estandarización. Cambiar la cultura de seguridad es un reto complejo que requiere no decirle al profesional lo que debe hacer, sino implícito en el cambio a través del aprendizaje experiencial. Por ese motivo la utilización de incidentes reales recopilados a partir de un sistema de notificación tienen un valor significativo en ese aprendizaje, especialmente cuando esa experiencia se da en un entorno cercano, real e identificado por el profesional como propio.

HERRAMIENTAS PARA MEDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD

La existencia de una adecuada cultura de seguridad en los profesionales es fundamental para avanzar en la seguridad del paciente en una organización y sería esencial para minimizar errores y efectos adversos. Su medición es necesaria para identificar aspectos en los que incidir, di-

señar actividades para mejorar y poder monitorizar su evolución. Existen herramientas para medir cultura de seguridad en organizaciones sanitarias (hospitales, centros de salud, etc.). La más utilizada es la encuesta, existiendo diferentes modelos de cuestionario que abordan dimensiones similares.

- El más utilizado, recomendado en la Unión Europea a nivel hospitalario, es el elaborado por la **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** de Estados Unidos y validado en Universidad de Murcia (proceso en el que participó nuestra Área de Salud en su día).
- Para Atención Primaria se utiliza el cuestionario **MOSPS, Medical Office Survey on Patient Safety Culture**.
- Otras herramientas contemplan el grado de madurez de la organización donde se aplican, como la **Manchester Patient Safety Culture Assessment Tool**, que podría ser más útil para monitorizaciones y evaluaciones a largo plazo de la cultura de seguridad y más adecuada para la medición de cambios culturales.

ENCUESTAS DE SEGURIDAD EN EL ÁREA 1 - ARRIXACA

Para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria se utiliza la adaptación del cuestionario MOSPS, pasado por primera vez en nuestra Área este año, y del que en breve dispondremos de resultados. A nivel hospitalario se utiliza el cuestionario elaborado por la AHRQ. Esta se ha venido realizando cada año desde el 2012, de forma telefónica, a nivel global o focalizada en diferentes ámbitos asistenciales (UCI, Urgencias Hospital, Consultas Externas, Servicios Quirúrgicos,...). Para garantizar la representatividad de los resultados se confecciona una muestra estratificada del conjunto de profesionales en estudio, y se realizan cuantas llamadas sean precisas para completar cada uno de los estratos. La Unidad de Calidad Asistencial realiza el trabajo de campo, validación y depuración de la

matriz de datos, obteniéndose así información sobre la percepción que tienen nuestros profesionales sobre cultura de seguridad a través de las 42 preguntas que conforman la encuesta, que se agrupan en 3 apartados y miden 12 dimensiones.

Con los resultados obtenidos se describe el clima de seguridad del entorno y se identifican sus fortalezas y debilidades. Se incluyen también información sobre la calificación global del grado de seguridad del paciente en el entorno encuestado

Para reducir la fatiga en la respuesta, propia de los cuestionarios largos, las entrevistas se reparten en 2 grupos. A cada grupo se le realiza 21 preguntas de las dimensiones y las 3 preguntas adicionales mencionadas previamente. En definitiva, cada grupo contesta a 24 cuestiones.

Los resultados que se repiten con mayor frecuencia (más información en Arrinet/Unidad de Calidad) son los siguientes:

- **Importante colaboración** de los profesionales, con muy pocas negativas a participar, mostrándose la mayoría interesadas en contribuir a introducir mejoras en su actividad diaria.
- **Percepción del clima de seguridad de 6-8/10**, según entorno laboral y categoría profesional.

D01	Frecuencia de eventos notificados
D02	Percepción de seguridad
D03	Expectativas y acciones del jefe/supervisor de la unidad/servicio que favorecen la seguridad
D04	Aprendizaje organizacional mejora continua
D05	Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio
D06	Franqueza en la comunicación
D07	Retroalimentación y comunicación
D08	Respuesta no punitiva
D09	Dotación de personal
D10	Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente
D11	Trabajo en equipo entre unidades/servicios
D12	Problemas en cambios de turno y transición entre servicios

- **El trabajo en equipo suele ser una fortaleza**, así como que los Responsables no pasan por alto los problemas de seguridad que ocurren habitualmente y que sienten libertad para hablar sobre aquello que puede afectar negativamente a la atención del paciente.
- La **dotación de personal**, el apoyo de la gerencia y el trabajo coordinado entre servicios, aparecen como una **debilidad**.

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD POR PARTE DE LOS PACIENTES

A medida que la asistencia sanitaria avanza hacia un enfoque más centrado en el paciente, resulta importante comprender lo que experimentan los pacientes durante dicha asistencia. Para los pacientes el concepto de seguridad no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación.

Aunque no tenemos datos de encuestas realizadas a pacientes sobre su percepción de la seguridad, sí que tenemos datos indirectos obtenidos a través de las encuestas de calidad percibida y de las quejas y reclamaciones interpuestas por usuarios de los sistemas sanitarios. **Lo que los pacientes demandan es una formación de los profesionales en habilidades de información y comunicación**, pues lo que transmiten en un tanto por ciento elevado es no haber entendido las explicaciones de los profesionales o no haber tenido la oportunidad de opinar o no haber tenido una toma de decisiones compartida sobre su manejo; esto se ve que ocurre tanto en Atención Primaria como en el Hospital, tanto en Consultas como en plantas de hospitalización, tanto antes, durante y después de la realización de procedimientos como en la firma de los Consentimientos Informados. Estos factores suelen estar estrechamente relacionados con la falta de tiempo percibida y con el constante cambio de médico. En sus quejas los pacientes hospitalizados también manifiestan no ser teni-

dos en cuenta ante la falta de respuesta a algunas de las dudas que se plantean, como saber qué medicación le están dando sin identificar en una bolsita de plástico, por qué está en ayunas, qué prueba le van a hacer, a dónde lo lleva el celador,...todo ello les genera una franca sensación de desconfianza e inseguridad, máxime cuando en algunas ocasiones se podría haber evitado más de un incidente de seguridad si se hubiese escuchado al paciente o al acompañante.

CONCLUSIONES

- 1 Aunque somos más conscientes del daño, los pacientes continúan experimentando daños evitables durante sus atenciones sanitarias.
- 2 La seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública y debemos seguir avanzando.
- 3 Las nuevas tecnologías y tratamientos, que mejoran resultados, también pueden hacer aparecer nuevos riesgos y daños.
- 4 Los pacientes importan. Hay que poner en valor aspectos fundamentales para ellos como confianza, comunicación, información y participación.
- 5 El éxito de las acciones en seguridad del paciente requiere la participación activa de todos los involucrados en el cuidado de la salud, gobiernos, organizaciones sanitarias, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales, educadores, personal de salud, pacientes y sus familias. Solo así se logrará un cambio de cultura real y movernos hacia la seguridad total.

Elementos para la seguridad del paciente en el Área 1 - Arrixaca Rondas de seguridad

Manuel Baeza

Enfermero. PhD. Rferente de Calidad y Seguridad de UCI

Las rondas de seguridad son una herramienta para mejorar la cultura de seguridad. Están recomendadas para incrementar la seguridad de los servicios relacionados con el cuidado de los pacientes y cuyo componente fundamental es involucrar al personal sanitario y directivo en la cultura de seguridad institucional estableciendo una interacción directa entre el personal y los pacientes. Consisten en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área donde se realiza, con el fin de establecer una interacción directa entre el paciente y los profesionales, con actitud claramente no punitiva, dirigidas a valorar la implantación de prácticas seguras.

OBJETIVOS.

El objetivo principal de las rondas es mostrar a los profesionales el compromiso del liderazgo para mejorar la seguridad. Lo que implica su disposición para desarrollar la infraestructura necesaria para asegurar la notificación responsable, crear cultura de seguridad en la organización, identificar barreras percibidas y oportunidades de mejora entre profesionales y directivos.

Objetivos específicos:

- Convertir la seguridad del paciente en uno de los pilares básicos en la atención sanitaria.
- Avanzar en la cultura de buenas prácticas, valorando la implantación de

prácticas seguras para fortalecer la cultura de seguridad.

- Detectar y gestionarlos posibles riesgos de eventos adversos en el lugar de origen.
- Facilitar la comunicación entre la dirección y los profesionales y la escucha activa de los profesionales implicados en la atención al paciente.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras, verificando el cumplimiento de las políticas de seguridad.
- Identificar áreas de mejora y establecer medidas correctoras.
- Minimizar el riesgo de eventos adversos vinculados a la asistencia.
- Modificar prácticas que no favorezcan la seguridad del paciente.
- Difundir las prácticas seguras entre los profesionales.
- Estimular la notificación de incidentes.
- Generar cambios en la cultura organizacional y promover la cultura de seguridad.
- Quitar el miedo a hablar de temas de seguridad de pacientes, especialmente de incidentes ocurridos.
- Identificar prácticas potencialmente inseguras en los servicios.
- Estimular el liderazgo en materia de seguridad.
- Informar sobre conceptos de seguridad de la atención.

¿DÓNDE SE REALIZAN EN NUESTRO HOSPITAL?

UCI general, UCI pediátrica, Urgencias general, Urgencias infantil y próximamente en Reanimación general.

COMPONENTES DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

Aunque el jefe de servicio donde se va a realizar la ronda de seguridad, junto con el referente de calidad y seguridad, constituirán el equipo y lo adaptarán a las necesidades que puedan surgir, el equipo de la ronda debe contar al menos con:

- Un representante de la dirección médica.
- Un representante de la dirección de enfermería
- Un representante de la unidad de calidad asistencial y área de calidad de enfermería.
- Jefe de servicio del área de actividad donde se realiza la ronda.
- Supervisora de área de actividad donde se realiza la ronda.
- Referente de calidad y seguridad del paciente del área de actividad donde se realiza la ronda.

- Un representante de los profesionales del servicio (rotatorio)

Pueden incluirse invitados de otras áreas de actividad en algunos momentos de la ronda cuando se considere apropiado.

¿CÓMO LLEVAMOS A CABO UNA RONDA DE SEGURIDAD EN UCI?

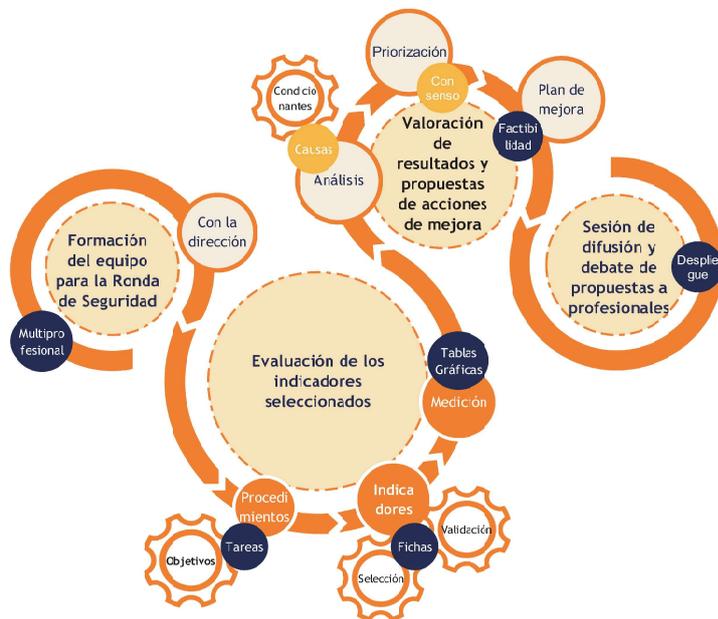
Para llevar a buen puerto la ronda hay que trazar un plan de tres fases:

Fase 1: Diseño.

- Selección de los integrantes del equipo de la ronda.
- Elección del coordinador de la ronda: Es recomendable que sea un integrante del servicio en el que se realizan las rondas con formación específica en seguridad del paciente.
- Fijación de los indicadores de la ronda: el equipo de la ronda revisa y selecciona los indicadores a evaluar. Han de ser comprobables durante

la ronda por acceso a registros disponibles en el punto de atención o por observación directa. Es necesario establecer una metodología para su evaluación. Pueden añadirse indicadores en cualquier momento si de forma proactiva o reactiva se identifican nuevos riesgos, se incorporan nuevas prácticas seguras, etc. Y eliminarse aquellos que no aporten información útil o se cumplan de forma reiterada.

- Reunión preliminar: para garantizar el enfoque de las rondas y el cumplimiento de las normas durante ellas. Esta reunión debe ser convocada por el coordinador de la ronda al menos: antes de la



implantación de las rondas en un nuevo servicio. Cada vez que se incorporen nuevos actores al equipo y cuando se realicen cambios sustanciales en la estructura de las rondas.

- Información a todos los profesionales del servicio. Indicando la importancia de las rondas de seguridad y su finalidad.

Fase 2: Ejecución.

- Revisión de indicadores de registro. El equipo de la ronda se reunirá en el servicio donde se vaya a realizar la ronda para revisar los indicadores de registro. El coordinador anotará los resultados.
- Visita para evaluar los indicadores de observación directa.
- Debate de los aspectos de seguridad del paciente evaluados.
- Propuestas de mejora
- Fin de la ronda.

Fase 3: Actuaciones entre rondas.

- Informe de resultados.
- Difusión
- Seguimiento de las acciones de mejora
- Convocatoria de la nueva ronda.

DESVENTAJAS DE LAS RONDAS

- La asistencia del personal directivo a un servicio puede generar temor.
- Si no están bien planificadas, se pierde el objetivo de la ronda.
- En ocasiones se dificulta la comunicación y se impide un ambiente educativo.
- Se distrae la atención del personal en la atención de los pacientes.
- Se puede generar desconfianza en los pacientes y familiares.

RONDAS DE SEGURIDAD Y ENFERMERÍA.

Las enfermeras son las profesionales que proporcionan los cuidados últimos al paciente y por tanto la mejora continua de los procesos enfermeros y los procedimientos redundará tanto en la mejora de los cuidados como en un incremento de la seguridad. EL ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ES FUNDAMENTAL.

Por ello las direcciones de enfermería deben potenciar e impulsar el avance profesional y la mejora de la prestación asistencial, así como de los cuidados de los equipos de enfermería sustentando dicho avance en tres pilares: formación, investigación y la calidad asistencial. De este modo se podrá alcanzar e involucrar al mayor número de profesionales, permitiendo así trasladar las estrategias de calidad y seguridad como filosofía del cuidado en la atención sanitaria desde la dirección a todo el equipo asistencial.

LA PRÓXIMA RONDA, EN TU SERVICIO, UNIDAD O CENTRO DE SALUD.



Si estás interesado, contacta con el Núcleo de Seguridad

postraumático, síntomas depresivos, ansiedad, miedo, sentimiento de culpa, etc. Por ello en la primera entrevista que tengamos con el profesional, bien desde su servicio o unidad o bien por el equipo permanente se ha de hacer con el objetivo de atender los síntomas físicos y emocionales que se estén mostrando, para ello hay que realizarlo desde una escucha activa, dejándole que se exprese, indicar donde puede encontrar apoyo y sin intentar en ese momento investigar sobre lo que ha sucedido (excepto que el profesional quiera hablarlo espontáneamente, se hará en próximas entrevistas).

Es muy importante la actitud y comportamiento de los profesionales que se acercan a una SV desde el mismo lugar o momento que sucede el evento, deben tener en cuenta una serie de **recomendaciones de NO HACER con una Segunda Víctima:**

- Obligarla a continuar en su puesto inmediatamente tras el EA.
- Adoptar una actitud culpabilizadora
- Contribuir a la formación y transmisión de rumores
- Aconsejar no hablar de lo ocurrido ni notificar el EA
- Evitar el contacto con la segunda víctima
- No facilitar apoyo desde la dirección de la institución
- Ignorar las necesidades emocionales de la segunda víctima
- Someter a la segunda víctima a interrogatorios repetidos
- Aislar a la segunda víctima

En la primera valoración del profesional hemos de ver si además de la sintomatología física y emocional que muestra, precisa asesoramiento jurídico así como, si va a precisar baja laboral, para lo cual se pondrá en contacto con la asesoría jurídica y con el servicio de salud laboral. La entrevista debe realizarse con la finalidad de valorar y atender inicialmente

los síntomas físicos y emocionales que presente la segunda víctima y para ellos es fundamental utilizar la escucha activa, dejar que se exprese, poder indicarle donde encontrar apoyo, y sin que sea nuestro objetivo investigar sobre lo sucedido excepto que el profesional desee expresarlo.

La SV va a pasar por 6 etapas, si finalmente se adapta a la situación traumática. Identificarlas puede servir para darle mejor nuestro apoyo:

1. Confusión y respuesta al accidente
2. Pensamientos intrusivos
3. Restauración de la integridad personal
4. Resistiendo al proceso
5. Consiguiendo apoyo emocional
6. Siguiendo hacia delante

El profesional va a partir de un momento de confusión, que no sabe bien como ha podido suceder todo, le van apareciendo imágenes automáticas sobre todo lo sucedido, se plantea como va a ser visto por el resto de los profesionales, analiza como puede solucionar el evento que ha sucedido, pide ayuda para conseguirlo y se reinserta a su labor profesional completamente, con nuevos mecanismos de resiliencia.

Existen diferentes **estrategias para afrontar el estrés que sufren las segundas víctimas**, si bien, se pueden resumir en la estrategia de Susan Scott, del hospital de Missouri, que identifica estas necesidades en las SV:

- Apoyo emocional, empatía. No sentirse rechazado
- Pautas sobre como actuar con el paciente y allegado
- Poder hablar de lo sucedido en un entorno de confianza
- Orientar sobre qué hacer para minimizar consecuencias profesionales y legales
- Participar en las medidas a implantar para evitar que vuelva a suceder

En el **seguimiento de la segunda víctima** es importante durante la primera semana contactar con ella cada 2-3 días, posteriormente cada semana durante el primer mes, y cada 15 días hasta completar 2-3 meses o la rehabilitación integral del profesional. Durante todos estos encuentros y teniendo en cuenta los elementos previamente explicados para su entrevista que deben mantenerse siempre, hemos de detectar como está presente la sintomatología física y emocional en el profesional para valorar si va gestionándola adecuadamente o existen signos de alarma que precise la intervención de un nivel especializado: salud laboral, psicología clínica o psiquiatría.

También es fundamental que todos los profesionales con ejercicio asistencial tomen conciencia, y cuando se identifiquen como una segunda víctima tras un EA grave es importante que:

- Saber pedir ayuda. Son procesos que lleva bien una persona sola.
- Compartir la experiencia con un igual. Ayuda a reducir el sentimiento de culpa y, por consiguiente, a analizar más eficazmente lo ocurrido
- Intentar realizar acciones que nos permitan adoptar una actitud proactiva al respecto.

CONCLUSIONES

Tras un evento adverso es importante notificar dicho evento, designar un portavoz para apoyar a la segunda víctima, investigar el evento adverso, comunicar el incidente a todos los responsables y al equipo directivo, reforzar la comunicación interna veraz para evitar rumores y adoptar medidas de seguridad para el procedimiento. Siendo de especial importancia la implicación del Equipo directivo en la gestión del evento adverso, para que de las instrucciones pertinentes a la unidad de comunicación, y que dicha unidad de comunicación junto con el equipo

gestor o núcleo de seguridad defina la información a dar sobre el EA grave. Hemos de tener en cuenta que la atención de segundas Víctimas implica la actuación sobre la primera víctima, actuación en el momento del evento, desde su servicio o unidad, la actuación del referente, la apoyo o supervisión desde el equipo del núcleo de seguridad o el gestor del EA, actuación si lo precisa del Servicio de Riesgo Laboral, actuación si procede del equipo especializado: psicóloga /psiquiatra. La propia gestión del evento adverso, la gestión de la comunicación externa del EA y todo ello, con la implicación de la dirección del área I.

Si sucede un evento adverso grave en tu servicio o unidad, o te ves identificado como SV, notifícalo mediante SiNASP o llama al teléfono de la UCA, 968381035, para que te asesoren.

Tienes el proceso completo a tu disposición en Arrinet:

<https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/nucleo-de-seguridad>

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. P113/0473 y P113/01220. Disponible en: www.segundasmvictimas.es
2. 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 Healthcare. 2009;18:325---30.
3. Seys D, Scott S, Wu A, Van Gerven E, et al. Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. International Journal of Nursing Studies. 2012 Jul 27.
4. B. País Iglesias, B. Rodríguez Pérez, M.D. Martín Rodríguez y M. Carreras Viñas. Gestión de segundas víctimas en Galicia. Rev Calid Asist. 2016;31(S2):47-52
5. M.J. Bueno Dominguez; M Brianso Florencio, L. Colomé Figuera y E Prats Alonso Experiencia de unidad de soporte a las segundas víctimas (USVIC) Revista de Calidad Asistencial 2016
6. B. País Iglesias, B Rodríguez Pérez, M.D. Martín Rodríguez y M. Carreras Viñas. Gestión de Segundas víctimas en Galicia Revista Calidad Asistencial 2016

Elementos para la seguridad del paciente en el Área 1 - Arrixaca

Sobre la revista "Salud Segura"

Mercedes López
Enfermera. UDICA.

Salud Segura una revista trimestral editada por el Núcleo de Seguridad, el "Comité permanente de la Seguridad del Paciente". Su aspiración es sumar aptitudes y personas con un único fin: "Lograr que nuestro lugar de trabajo y lo que hacemos sea lo más seguro posible para los pacientes"

Los objetivos de la publicación son:

- Mejorar nuestra Cultura y Conocimientos en Seguridad del Paciente.
- Fomentar las Prácticas Seguras.
- Dar a conocer los proyectos que todos llevamos a cabo en este campo.
- Servir como vehículo para vuestras iniciativas y aportaciones.

¿Desde cuándo se edita la revista?

Ininterrumpidamente desde 2013. Todos los años contienen cuatro números. Son pues 9 años completos con este número.



¿Cómo podemos acceder a la revista?

- En nuestra **Arrinet**, siguiendo la ruta desde [Arrinet/Calidad/Seguridad/Salud Segura](#)
- A través de **internet** en: www.murciasalud.es/saludsegura

Si quieres recibir la revista en tu correo, la suscripción es gratuita. Puedes solicitarla enviando un correo la UCA, ucarrixaca.sms@carm.es, o al Núcleo de Seguridad, saludsegura.area1.sms@carm.es.

Si tienes alguna sugerencia para mejorarla o deseas colaborar de alguna forma para mejorar la seguridad clínica y de cuidados en nuestro hospital y centros de salud, por favor contacta con nosotros. Hagamos nuestro trabajo diario más seguro para los pacientes.



Evaluación de la Jornada y oportunidades de mejora

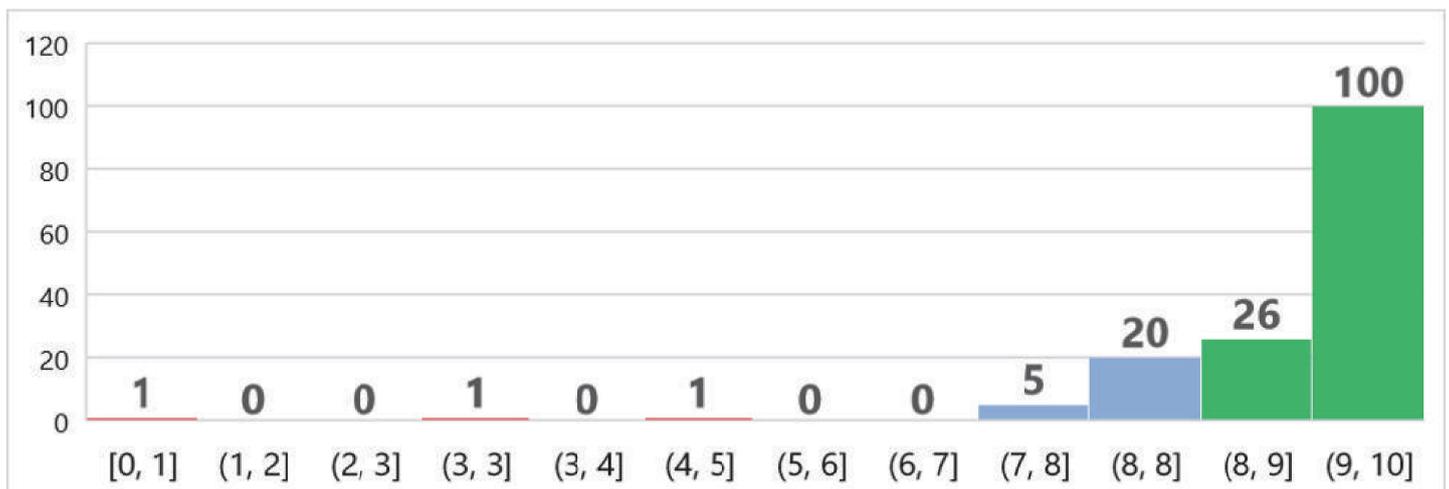
Unidad de Calidad Asistencial

Los asistentes a la Jornada tuvieron la oportunidad de evaluarla a través de un formulario on-line de 3 preguntas. Estas respuestas son muy importantes para nosotros porque pueden ayudarnos a mejorar cara a la organización de futuras actividades relacionadas con la Seguridad del Paciente. Al final obtuvimos 154 respuestas, que os resumimos brevemente

PREGUNTA 1.

Si tuvieras un amigo o compañero con tu misma profesión o puesto de trabajo y quisiera saber más en Seguridad del Paciente, ¿LE RECOMENDARÍAS ASISTIR A UNA JORNADA COMO ÉSTA? Puntúa entre "0" (si no nos recomendarías en ningún caso), y "10" (si nos recomendarías con completa seguridad)

Media: 9,3; Mediana, 10; DE: 1,3; NPS: 80.



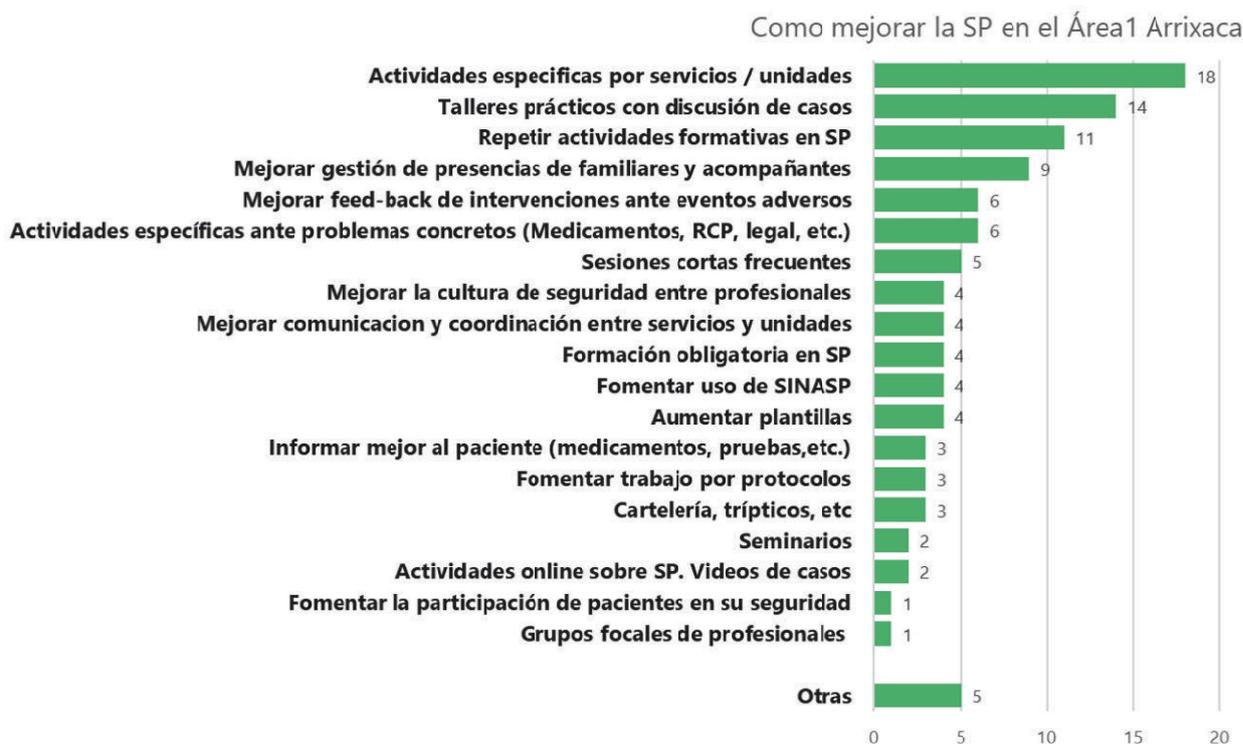
PREGUNTA 2.

Si pudieras mejorar una sola cosa de la Jornada: ¿Cuál sería?



PREGUNTA 3.

¿Qué otro tipo de actividades crees que serían útiles para mejorar la Seguridad del Paciente en el Area 1 - Arrixaca?



Muchas gracias por vuestra participación en esta I Jornada.
Profesionales como vosotros son los que hacen del entorno Área 1 - Arrixaca un lugar cada vez más seguro para los pacientes que atendemos.