ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

"CASA DE SALUD VALDECILLA"

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Trabajo fin de Grado

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE COMPARACIÓN ENTRE ESPAÑA Y REINO UNIDO
"PATIENT SAFETY STRATEGIES, A COMPARISON BETWEEN SPAIN AND UNITED KINGDOM"

Autora: ***Ester Franco Sandá***

Directora: ***Blanca Torres Manrique***

Junio 2013.Trabajo fin de grado.

Departamento de enfermería.

Universidad de Cantabria

Índice

Índice 2

Índice de Siglas 5

Índice de Tablas 6

Índice de Figuras 7

Resumen 8

Abstract 8

Introducción 9

1. Estrategias a nivel mundial y europeo 13

1.1 Retos Mundiales para la Seguridad del Paciente 14

1.1.1 Una atención limpia es una atención más segura 14

1.1.2 La cirugía segura salva vidas 16

1.1.3 Otras estrategias e iniciativas 18

1.2 Estrategias a nivel europeo 20

2. Estrategias a nivel español 22

2.1 Estrategias a Nivel Nacional 22

2.1.1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria 23

2.1.2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente 24

2.1.3: Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud 24

2.1.4 Promover la investigación en seguridad de los pacientes 25

2.1.5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes 28

2.1.6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales 28

2.2 Estrategias en las Comunidades Autónomas 28

3. Estrategias a nivel de Reino Unido 30

3.1 Campañas y estrategias 31

3.1.1 La seguridad del Paciente en siete pasos 31

3.1.2 “Clean your hands campaign” Campaña lavate las manos 32

3.1.3 “Patient Safety First” La seguridad de los Pacientes como primera prioridad 32

3.1.4 Una cirugía más segura en cinco pasos 35

3.2 Estudios epidemiológicos 35

3.3 Estrategias y estructura de la enfermería en Reino Unido 36

3.3.1 Medicación 36

3.3.2 Cuerpos reguladores de la profesión enfermera 36

3.3.3 Educación y preparación 37

3.3.4 Carrera de la profesión enfermera 38

4. Reflexiones 40

5. Bibliografía 41

6. Anexos 46

6.1 Glosario Taxonomía 46

6.2 Las nueve soluciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud 47

6.2.1 Medicamentos de aspecto o nombre parecidos 47

6.2.2 Identificación de pacientes 48

6.2.3 Comunicación durante el traspaso de pacientes 49

6.2.4 Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto 50

6.2.5 Control de las soluciones concentradas de electrólitos 50

6.2.6 Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales 51

6.2.7 Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos 52

6.2.8 Usar una sola vez los dispositivos de inyección 53

6.2.9 Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud 53

6.3 Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 54

6.4 Escala NEWS (National Early Warning Score).....56

6.5 Escala VIP (Visual Infusion Phlebitis). 57

Índice de Siglas

AP: Atención Primaria.

APEAS: Estudio de Efectos Adversos en Atención Primaria.

BSc: Bachelor of Science

CCAA: Comunidades Autónomas.

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

EAs: Efectos Adversos.

EE UU: Estados Unidos.

ENEAS: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización.

EuNetPaS: European Network for Patient Safety.

IRAS: Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.

MSc: Master of Science.

NEWS: National Early Warning Scale.

NHS: National Health Service.

NICE: National Institute for health and Care Excellence.

NMC: Nursing and Midwifery Council.

NPSA: National Patient Safety Agency.

NRLS: National Reporting and Learning System.

OMS: Organización Mundial para la Salud.

PaSQ: European Union Network for Patient Safety and Quality of Care.

PDS: Pacientes en Defensa de su Seguridad.

RCN: Royal College of Nursing.

SBAR: Situation – Background – Assessment – Recommendation.

SEEIUC: Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias.

SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

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

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SP: Seguridad del Paciente.

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

UE: Unión Europea.

VIP: Visual Infusión Phlebitis.

Índice de Tablas

Tabla nº1: Diez objetivos de "La Cirugía Salva Vidas" ..... Pág. 17

Tabla nº2: Bacteriemia Cero ..... Pág. 25

Tabla nº3: Stop Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica ..... Pág. 25

Tabla nº4: Resultados del estudio ENEAS ..... Pág. 26

Tabla nº5: Clasificación de incidentes en las UCIs españolas ..... Pág. 27

Tabla nº6: Objetivos de la Estrategia para SP del SSPA ..... Pág. 28

Tabla nº7: Las cinco intervenciones de la campaña "Patient Safety First" ..... Pág. 33

Tabla nº8: Clasificación de la carrera de enfermería en Reino Unido ..... Pág. 39

Tabla nº9: SBAR ..... Pág. 49

Tabla nº10: Plan de Calidad para el SNS ..... Pág. 54

Tabla nº11: Estrategia nº8 del Plan de Calidad del SNS ..... Pág. 55

Tabla nº12: Escala NEWS ..... Pág. 56

Tabla nº13: Respuesta 0a la puntuación de la escala NEWS ..... Pág. 56

Tabla nº14: Escala VIP para la detección de la flebitis ..... Pág. 57

Índice de Figuras

Figura nº1: Los 5 momentos de la higiene de manos ..... Pág. 15

Figura nº2: Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía de la OMS ..... Pág. 18

Figura nº3: Estrategia de Seguridad del Paciente ..... Pág. 23

Figura nº4: Efectos de los incidentes notificados al NLRS. ..... Pág. 36

Resumen

La seguridad del Paciente ha cobrado especial importancia en las dos últimas décadas, como uno de los pilares de una atención sanitaria cada vez más tecnológica e innovadora.

Distintos países y organizaciones han desarrollado estrategias y políticas para tratar de minimizar la incidencia de los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria, y poder así ofrecer una atención segura y de calidad, no como un hecho deseable sino como un derecho de los pacientes.

En esta monografía se describirá la labor de la Organización Mundial para la Salud y las iniciativas puestas en marcha por la Unión Europea, España y Reino Unido con el fin de minimizar los daños evitables que sufren los pacientes.

Asimismo se reflejarán las grandes repercusiones de este problema de salud a nivel social, político y económico; y las estrategias que se han puesto en marcha en Reino Unido en el ámbito de la enfermería, destinadas a proporcionar unos cuidados más seguros.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Efectos adversos, Administración de la seguridad, Errores médicos y Control de riesgo.

Abstract

Over the last two decades, patient safety has become one of the foundations of an increasingly technological and innovative healthcare.

Several countries and organizations have developed strategies and policies to reduce the incidence of the adverse effects related to health care, striving to offer safe and quality care, not merely as a desirable outcome, but as a patient's right.

This dissertation will describe the role of the World Health Organization, and the initiatives implemented by the European Union, Spain and the United Kingdom with the aim of minimizing patient avoidable harm.

Additionally it will reflect the great effects of this important subject in a socio-cultural and economical level, and the strategies developed within the nursing profession in the United Kingdom, appointed to provide a safer care.

Keywords: Patient safety, Adverse effects, Safety management, Medical errors and Risk management.

Introducción

Las instituciones sanitarias atienden cada vez a un mayor número de pacientes proporcionando unos cuidados de gran complejidad y especialización gracias al desarrollo tecnológico y a la investigación.

Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es inevitable que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos (EAs) asociados a los procesos de atención sanitaria.

Los EAs pueden ser definidos como *"un daño causado como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos o sistemas, más que por la condición médica o enfermedad subyacente del paciente"* (1), dentro de ellos se dividen en no prevenibles (no dependientes de la atención medica recibida) y prevenibles (son el centro de las estrategias de seguridad del paciente y consecuencia directa de la asistencia sanitaria).

Los EAs pueden ser el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; a nivel del apoyo gubernamental (por ej., financiación), a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria (por ej., organización, gestión, políticas y protocolos hospitalarios) o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales (por ej., error humano) (2).

La relativa frecuencia en que se han producido estos errores durante las dos últimas décadas, así como sus consecuencias adversas, ha hecho surgir una preocupación, además de un intento de paliar o minimizar este riesgo. La alta frecuencia de la aparición de EAs en el ámbito sanitario ha provocado un creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria y ha puesto en marcha la creación de estrategias para aumentar la seguridad de los pacientes.

La Seguridad del paciente (SP) ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la "*reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable*" (3).

Pese a que no toma importancia el estudio de la SP hasta el final del siglo XX es importante mencionar que este tema ha sido un principio base de la atención sanitaria desde el comienzo de la medicina , desde las menciones de Hipócrates *"Primum non nocere", (*primero no hacer daño) (4), hasta otras menciones a lo largo de la historia como la de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906 *"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"* (3).

La presencia de EAs en la atención sanitaria no es un problema nuevo. Los primeros estudios sobre este tema, con escasa repercusión, proceden del decenio 1950-1960, sin embargo no es hasta el final de los años 90 cuando se comienza a disponer de estudios científicos concluyentes.

El problema de la SP cobró realmente importancia tras la publicación en 1999 de *"To Err is human: Building a Safer Health System*" realizado por el Instituto de Medicina de Estados Unidos (EE UU), alertando sobre las dimensiones del problema.

Tras realizar un estudio sobre los registros hospitalarios de miles de pacientes, los resultados mostraban que entre 44.000 y 98.000 americanos morían al año debido a errores médicos, este estudio logró situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y las consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en

términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costes económicos que ocasionan (4).

A partir de estas alarmantes cifras se siguieron estudios que señalaban una enorme cantidad de errores en la medicación, problemas de comunicación, falta de información en el alta, errores de pacientes, y operaciones en cirugía, en todas las áreas asistenciales había graves problemas de SP.

Datos publicados por la OMS muestran que las razones económicas para mejorar la SP son poderosas, en algunos países se han perdido entre 6.000 y 29.000 millones de dólares americanos al año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, el lucro cesante, la discapacidad y los gastos médicos (5).

La OMS, en el 2002 reconoció la necesidad de promover la SP como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios y bajo el lema "*primero no hacer daño"* estableció en su Alianza Mundial para la SP (2005), un conjunto de estrategias destinadas a mejorar la seguridad de los pacientes en todo el mundo, entre las que se encuentran las Nueve Estrategias de la OMS destinadas a la SP, introduciendo las bases para la actuación de todos los países pertenecientes a la OMS (1).

Entorno a estas 9 estrategias, los distintos países pertenecientes a la OMS han desarrollado sus propias estrategias destinadas a reducir la aparición de EA en estas áreas (2):

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrólitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud.

Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1.000.000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300 (5).

MOTIVOS DE ELECCION

Los motivos de la elección de esta monografía han sido mi interés por conocer las estrategias puestas en marcha a nivel mundial y nacional, debido a la importancia que ha tomado esta materia en los últimos años, con un gran crecimiento en el número de publicaciones, informes y proyectos de investigación para aumentar el conocimiento sobre la incidencia.

Además de la puesta en marcha de distintas iniciativas internacionales dirigidas a garantizar que la SP se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como un elemento básico importante de la calidad asistencial. Sin olvidar la importancia del rol de enfermería en esta materia para poder proporcionar una atención sanitaria segura, no ya como un hecho deseable sino como un derecho básico de los pacientes y de la comunidad.

La elección del tema de la monografía acerca de las estrategias de SP a nivel mundial y centrado en España y Reino Unido se debe a que actualmente trabajo ese país y pese a que son dos sistemas ambos pertenecientes al mismo modelo sanitario, el Modelo Beveridge, existen grandes diferencias entre ambos.

Sin embargo la mayor diferencia que he encontrado en el tiempo trabajado en Reino Unido, es la referida a la importancia dada a la SP, enfocada en la educación, las estrategias y las políticas del sistema sanitario, National Health Service (NHS) y la organización de la carrera de enfermería con una estructura jerárquica organizada en distintas categorías, cada una con distintas responsabilidades que contribuyen a incrementar la SP.

Pese a casi dos décadas de investigación y al desarrollo de estrategias para aumentar la SP muy frecuentemente se encuentran en los medios de comunicación referencias al tema de la SP.

En España, de acuerdo con un artículo publicado en el diario *"El País"* la "*Asociación Defensor del Paciente*" recibió 13.782 quejas en el 2012, por malas actuaciones sanitarias, un 6% más que el año anterior; 692 de ellas por fallecimiento, según su memoria anual, y continúan apareciendo artículos relacionados con la aparición de EAs de la atención sanitaria (6).

En Reino Unido siguen apareciendo frecuentemente artículos en los periódicos de negligencias del personal sanitario, con el reciente escándalo sanitario de Marzo del 2013, el cuál ha sido publicado por periódicos de todo el mundo y por el cual se pudieron evitar miles de muertes relacionadas con negligencias médicas en 14 hospitales del NHS, el sistema de salud pública en las siglas inglesas, durante el periodo de 2005 a 2009 (7).

OBJETIVOS

Los objetivos de esta monografía son:

Objetivo final:

- Analizar las estrategias de SP implementadas en España y en Reino Unido.

Objetivos secundarios:

- Describir las directrices generales de la OMS y la Unión Europea (UE) destinadas a la SP.
- Analizar las estrategias puestas en marcha en España y en Reino Unido
- Analizar las diferencias en la profesión de enfermería enfocadas a la SP en el Reino Unido.

DESCRIPCION DE LOS CAPITULOS

A partir de la creación de la Alianza Mundial para la SP en el 2004, surgieron diversas estrategias a nivel mundial y a nivel nacional. En esta monografía se describirán las estrategias puestas en marcha las cuales serán explicadas más detalladamente en los temas de la misma:

- Tema 1. Estrategias a Nivel Mundial y Europeo: Se tratará la labor de la OMS, desde la creación de la Alianza Mundial para la SP y las estrategias implementadas. También se explicará la labor de la UE con El Comité Europeo de la Sanidad.

- *Tema 2. Estrategias a Nivel Español:* Se explicarán las estrategias y proyectos propuestos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del gobierno de España, así como los propuestos por distintas Comunidades Autónomas (CCAA). Se analizarán los datos de estudios españoles sobre SP, resaltando los estudios ENEAS y APEAS.

- *Tema 3. Estrategias a Nivel de Reino Unido: E*n este capítulo se describirán las estrategias propuestas por el NHS con la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). Asimismo expondrán las estrategias y la estructura de la enfermería en Reino Unido.

- Reflexiones: En las cuales se realizará una reflexión acerca del tema de estudio.

- Anexos: En el cual se incluirá un glosario de la taxonomía de la SP y diversas tablas y gráficos.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Para la realización de la monografía se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Pub-Med y en otras bases de datos como Dialnet, Scielo, Google Academic, etc. buscando las palabras clave MeSh y DeCS: seguridad del paciente (patient safety), administración de la seguridad (safety management), efectos adversos (adverse effects), errores médicos (medical errors), errores de medicación (medication errors), infecciones nosocomiales (cross infection), lista de verificación (checklist) y control de riesgo (risk management).

Para la gestión de las referencias bibliográficas se ha usado el programa Refworks.

1. Estrategias a nivel mundial y europeo

La seguridad clínica es un tema de gran importancia, la OMS y el Consejo de la UE han puesto en marcha diversas directrices a seguir por los países pertenecientes, enfocadas a mejorar la SP, reduciendo la incidencia de EAs y estableciendo un marco de actuación con los fundamentos a seguir.

La SP es un serio problema sanitario a nivel mundial, en la última década del siglo XX este tema se ha convertido en un asunto de máxima importancia debido a los datos alarmantes publicados en 1999 con el estudio *"To Err is human: Building a Safer Health System",* remarcando la gran incidencia de los EAs en la atención sanitaria.

En las dos últimas décadas, muchos países han reconocido la creciente importancia de la mejora de la SP. En el 2002, los países miembros de la OMS acordaron la necesidad de una resolución en SP en la Asamblea Mundial de la Salud, comenzando la puesta en marcha de las estrategias adoptadas para paliar este serio problema de salud.

"La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente" fue puesta en marcha por el Director General de la OMS en octubre de 2005. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de SP en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria (2).

En el 2005, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la SP, estableciendo las seis principales áreas de actuación (8).

1. Reto Mundial en SP enfocado en las **infecciones asociadas** con la asistencia médica (ver punto 1.1.1).
2. **Pacientes en defensa de su seguridad**, envolviendo a organizaciones de pacientes y a los propios pacientes en el trabajo de la alianza (ver punto 1.1.3).
3. Creación de una **taxonomía internacional**, creando un marco internacional de conceptos, principios, normas y terminología usada en el campo de la SP (ver anexos punto 6.1).
4. **Desarrollo de la investigación en SP**, con la puesta en marcha de herramientas para la evaluación del problema mediante estudios de prevalencia de los EAs. (ver punto 1.1.3).
5. **Soluciones para la SP**, promoviendo las intervenciones existentes y coordinando los esfuerzos internacionales para el desarrollo de soluciones (ver anexos punto 6.2).
6. **Implantación de sistemas de notificación de EAs**.

Uno de estos campos de acción es el desarrollo de "*Soluciones para la Seguridad del paciente*". En el mismo año, la Comisión Conjunta (Joint Commission) y la Comisión Internacional Conjunta (Joint Commission International) fueron designadas como *"Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente",* a fin de iniciar y coordinar el trabajo de elaboración y difusión de soluciones para la SP. El producto de este componente de la Alianza Mundial se proporcionará a la comunidad médica de todo el mundo como "*Soluciones para la seguridad del paciente*" (véase anexos punto 6.2) (2).

Las necesidades locales varían y las diferentes culturas presentan desafíos únicos, sin embargo Joint Commission International (creada en el 1994 por la Joint Commission) se destaca como modelo de culto para la comunidad mundial en lo que respecta a la SP y las mejoras en la

calidad. Creado en 1994 por La Joint Commission, tiene presencia en más de 90 países en la actualidad (9).

En su carácter de Centro Colaborador de la OMS dedicado exclusivamente a la SP, la Joint Commission y Joint Commission International promueven aún más la atención completa y continuada para la SP, incluyendo principios relacionados con el diseño y rediseño de sistemas, seguridad de productos, seguridad de servicios y entorno de atención, además de ofrecer soluciones proactivas para la SP, ya sea que estén basadas en evidencias empíricas, investigaciones complejas o mejores prácticas (9).

1.1 Retos Mundiales para la Seguridad del Paciente

Con el objetivo de conseguir estos objetivos, la OMS puso en marcha una serie de iniciativas y proyectos destinados a aumentar la seguridad de los pacientes, planteados como retos mundiales para la SP.

El primero desarrollado fue el reto "*Una atención limpia es una atención más segura*" en el 2005, y en el 2008, el segundo reto mundial para la SP, "*La cirugía segura salva vidas*".

1.1.1 Una atención limpia es una atención más segura

En el 2005, el programa de la OMS lanzó el primer reto mundial para la SP, "Clean Care is Safer Care" (una atención limpia es una atención más segura) para dirigir la atención y la acción internacionales al problema crítico de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) para la SP y al papel vital que desempeña el cumplimiento de la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios en la reducción de dichas infecciones (10).

De acuerdo con la Comisión Europea se denominan IRAS *"aquellas infecciones que el paciente puede contraer al recibir cuidados de salud o durante su estancia en un centro asistencial. Cuando se producen en hospitales, se denominan infecciones hospitalarias o nosocomiales*" (11).

En el 2009, la OMS lanzó una ampliación de este programa; "SAVE LIVES: Clean Your Hands" (Salva vidas: lávate las manos), una iniciativa destinada a promover la higiene de manos como centro básico en la atención sanitaria a escala mundial, nacional, regional y local. En particular, "SAVE LIVES: Clean Your Hands" hace hincapié en el uso del modelo de "Los 5 momentos para la higiene de las manos" el cual es fundamental para proteger al paciente, al profesional sanitario y al entorno sanitario de la proliferación de patógenos y, por consiguiente, reducir las IRAS.

La importancia de las IRAS a nivel social y económico es enorme, según datos publicados por la OMS: (12).

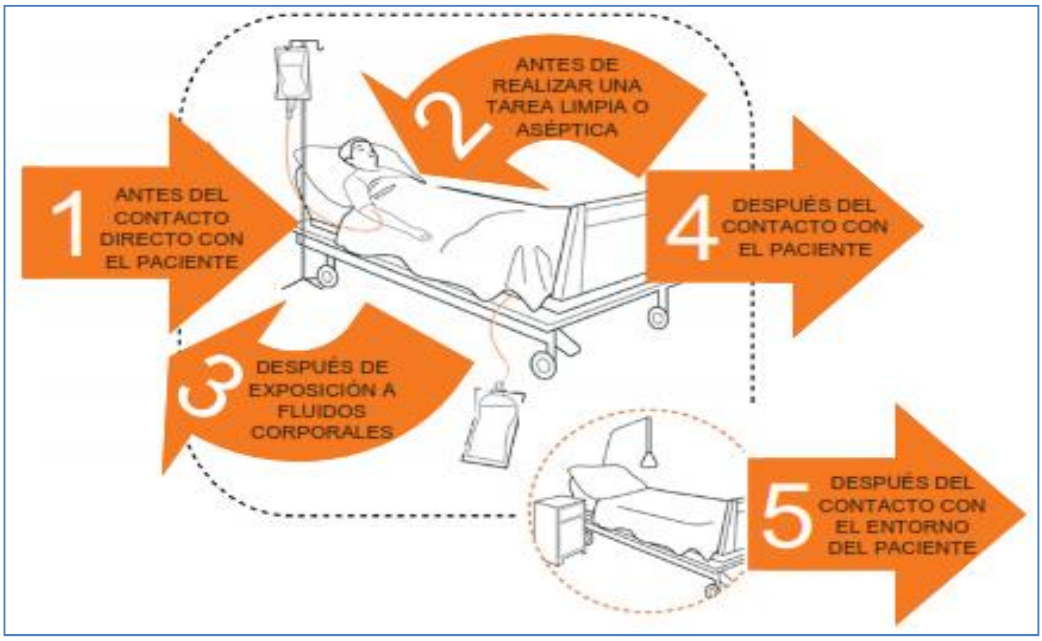
- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones, en los países en desarrollo, la incidencia de las IRAS puede superar el 25%.
- En los EE UU, uno de cada 136 pacientes hospitalarios sufren daños a causa de una infección contraída en el hospital, causando aproximadamente 80.000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección, generando un costo de 1.000 millones de libras.

Los componentes de la estrategia son (12):

1. **Cambio del sistema**: garantizar que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la higiene de las manos. Esto incluye dos elementos esenciales:
    - El acceso a un suministro seguro y continuo de agua así como a jabón y toallas.
    - Fácil acceso al preparado de base alcohólica para manos en el punto de atención.
2. **Formación**: proporcionar formación con regularidad a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la higiene de las manos, basada en el modelo de "Los 5 momentos para la higiene de las manos", como puede verse en la figura nº 1.
3. **Evaluación y retroalimentación**: hacer un seguimiento de las infraestructuras y prácticas de higiene de manos, junto con las correspondientes visiones y conocimientos por parte de los profesionales sanitarios, y al mismo tiempo proporcionar al personal información de retorno sobre los resultados.
4. **Recordatorios en el lugar de trabajo**: señalar y recordar a los profesionales sanitarios la importancia de la higiene de las manos y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo.
5. **Clima institucional de seguridad**: crear un entorno y unas percepciones que propicien la sensibilización sobre las cuestiones de SP y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de las manos se considere una gran prioridad a todos los niveles. Esto supone:
    - La participación activa a escala institucional e individual.
    - La toma de conciencia de la capacidad individual e institucional de cambiar y mejorar (autoeficacia); y la asociación con pacientes y organizaciones de pacientes.

Este modelo "Los cinco momentos de la higiene de manos" anima a los profesionales sanitarios a lavarse las manos antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente (Véase en la figura nº1).

Figura nº1. *Los 5 momentos de la higiene de manos.*



Fuente: Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para mejorar la higiene de manos (12).

También publicaron distintas versiones para la atención ambulatoria, la atención odontológica, la pediátrica y para la hemodiálisis ambulatoria, así como para las campañas de vacunación.

1.1.2 La cirugía segura salva vidas

La cirugía es uno de los pilares de la medicina desde hace más de un siglo. Debido al uso de nuevas tecnología y avances científicos, así como a la creciente incidencia de enfermedades como las cardiovasculares, los traumatismos y el cáncer, el número de cirugías está sufriendo un enorme crecimiento.

Se calcula que en todo el mundo se realizan cada año 234 millones de operaciones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas, de los cuales un 25% sufre complicaciones postoperatorias (10).

En los países industrializados, casi la mitad de los EAs en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica y en al menos la mitad de los casos este daño podría ser evitado (10).

Este segundo reto mundial definió un conjunto de normas básicas de seguridad que puedan ser aplicadas en todos los estados miembros de la OMS. Para la realización de ésta estrategia se reunieron expertos de todo el mundo, señalando las cuatro áreas de actuación y formando así cuatro grupos de trabajo.

Cuatro grupos de trabajo (10):

1. *Prevención de las infecciones de la herida quirúrgica.*
2. *Seguridad de la anestesia.*
3. *Equipos quirúrgicos seguros:* En el quirófano, donde puede haber mucha tensión y hay vidas en juego, el trabajo en equipo es un componente esencial de una práctica segura. La calidad del trabajo en equipo depende de la cultura del equipo y de su forma de comunicarse, así como de la aptitud clínica de sus miembros y de su apreciación de la situación.
4. *Medición de los servicios quirúrgicos:* Para poder avanzar en materia de seguridad de la cirugía debe ponerse en funcionamiento una vigilancia sistemática que permita evaluar y medir los servicios quirúrgicos.

El programa propuso diez objetivos para reducir la incidencia de EAs en la cirugía, como se puede ver en la tabla nº1.

Además de los 10 Objetivos, la OMS desarrollo las "cinco estadísticas vitales" y la "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía" que se rellenará en cada procedimiento quirúrgico.

Las cinco estadísticas vitales: para garantizar una vigilancia quirúrgica básica, los Estados Miembros de la OMS deben reunir en cada país la información siguiente (10).

1. El número de quirófanos existentes.
2. El número de operaciones llevadas a cabo en quirófano.
3. El número de cirujanos y anestesistas formados.
4. El número de defunciones el día de la intervención quirúrgica.
5. El número de defunciones hospitalarias tras la intervención quirúrgica.

Tabla nº1: *Diez Objetivos del reto Mundial "La Cirugía Salva Vidas"*

Objetivo 1	El equipo operará al paciente correcto en el sitio anatómico correcto
Objetivo 2	El equipo utilizará métodos que se sabe que previenen los daños derivados de la administración de la anestesia, al tiempo que protegen al paciente del dolor.
Objetivo 3	El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida de la función respiratoria o del acceso a la vía aérea, y esas situaciones.
Objetivo 4	El equipo se preparará eficazmente para el caso de que se produzca una pérdida considerable de sangre, y reconocerá esas situaciones.
Objetivo 5	El equipo evitará provocar reacciones alérgicas o reacciones adversas a fármacos que se sabe que suponen un riesgo importante para el paciente.
Objetivo 6	El equipo utilizará sistemáticamente métodos reconocidos para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.
Objetivo 7	El equipo evitará dejar accidentalmente gasas o instrumentos en la herida quirúrgica.
Objetivo 8	El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
Objetivo 9	El equipo se comunicará eficazmente e intercambiará información sobre el paciente fundamental para que la operación se desarrolle de forma segura.
Objetivo 10	Los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

Fuente: La cirugía segura salva vidas (10).

<u>La lista de verificación de la seguridad de la Cirugía de la OMS</u>

La Lista de verificación de la cirugía divide la operación en tres fases; el periodo anterior a la inducción de la anestesia (Entrada), el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica (Pausa quirúrgica), y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior (Salida) (10).

En cada una de las fases, antes de continuar con el procedimiento se ha de permitir que el encargado (generalmente un profesional de enfermería) rellene la Lista de verificación confirmando que el equipo ha llevado a cabo sus tareas como se expone en la figura nº2: confirmación de la identidad del paciente, del lugar anatómico, del riesgo de complicaciones y de la medicación, así como una comprobación de las muestras recogidas, el recuento de gasas e instrumentos y finalmente la planificación del postoperatorio.

Figura nº2: *Lista de verificación de la seguridad de la cirugía de la OMS.*

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

Antes de la inducción de la anestesia
(Con el enfermero y el anestesista, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?
- ☐ Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?
- ☐ Sí
- ☐ No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?
- ☐ Sí

¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?
- ☐ Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?
- ☐ No
- ☐ Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
- ☐ No
- ☐ Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?
- ☐ No
- ☐ Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

Antes de la incisión cutánea
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

- ☐ **Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función**
- ☐ **Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento**

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?
- ☐ Sí
- ☐ No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:
- ☐ ¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?
- ☐ ¿Cuánto durará la operación?
- ☐ ¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesista:
- ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:
- ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?
- ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?
- ☐ Sí
- ☐ No procede

Antes de que el paciente salga del quirófano
(Con el enfermero, el anestesista y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:
- ☐ El nombre del procedimiento
- ☐ El recuento de instrumentos, gasas y agujas
- ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)
- ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesista y enfermero:
- ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

La presente lista no pretende ser exhaustiva. Se recomienda completarla o modificarla para adaptarla a la práctica local.

Revisado 1 / 2009

© OMS, 2009

Fuente: La cirugía segura salva vidas (10).

1.1.3 Otras estrategias e iniciativas

La iniciativa "Pacientes en Defensa de su Seguridad" (PDS) pone el acento en el importante papel que pueden desempeñar los pacientes y usuarios en la acción dirigida a mejorar la calidad y seguridad de la atención médica en todo el mundo (13).

A través de la iniciativa PDS, la Alianza Mundial para la SP colabora con una red internacional de pacientes, usuarios, cuidadores y organizaciones de consumidores, para respaldar la participación de los pacientes en los programas dirigidos a mejorar su seguridad, en los países y en el marco del programa internacional de la Alianza.

La red mundial de PDS está formada por personas entusiastas y valientes que trabajan en asociación con profesionales de la salud y formuladores de políticas de todo el mundo para identificar problemas, formular soluciones y generar cambios (13).

Con la estrategia "Speak up" (exprésate), una iniciativa de la Joint Commision International, la cual con videos y posters que animan a los pacientes a expresarse y a formar una parte activa de la asistencia sanitaria, destinados a (14):

- Conozca sus derechos como paciente.
- Evitar errores en su atención médica.
- Expresarse en el consultorio del médico.
- Reducir el riesgo de caídas.
- Poder Juvenil: La cual anima a los niños a hacer oír su voz, y a realizar preguntas.
- Prevenir la propagación de infecciones.
- Tomar medicamentos de manera segura.

El Programa de SP de la OMS organizó asimismo una serie de **cursos virtuales gratuitos**, en diferentes idiomas, de introducción al tema de la investigación en SP. A través de estas sesiones, los participantes tuvieron la oportunidad de familiarizarse con los principios básicos de la investigación en SP (3).

Estos cursos constaron de 8 sesiones de una hora de duración, impartidas a lo largo de 8 semanas consecutivas. La versión en español comenzó el día 25 de abril y finalizó el 13 de junio del 2012 (3).

En la investigación sobre SP, el objetivo de la Alianza Mundial para la SP de la OMS es contribuir a determinar los métodos e instrumentos de medición necesarios para fomentar el conocimiento relacionado con los problemas de SP, en particular en los países en desarrollo y con economías en transición; responder a las nuevas y aún no formuladas preguntas de investigación, y examinar el posible uso de sistemas de recolección de datos electrónicos para la identificación de EAs (13).

La OMS ha puesto en marcha estrategias para fomentar la investigación en los países en desarrollo para contribuir al conocimiento de la magnitud y naturaleza de los problemas de SP, a través de estudios multinacionales y acciones en el plano nacional (13).

El proyecto "*High 5s":* (referido a los 5 problemas de SP de más importancia) Fue lanzado por la OMS en el 2006 para dar salida a las principales preocupaciones en el área de la SP. El nombre deriva del proyecto original que intentaba reducir la frecuencia de los cinco problemas principales de la SP en cinco países durante 5 años.

La misión de este proyecto es facilitar la implementación y evaluación de soluciones estandarizadas que provoquen una reducción significante y mesurable de los problemas de la SP.

El proyecto *"High 5s"* es un proyecto en colaboración entre un grupo de países pertenecientes a la OMS y la Alianza Mundial para la SP. Entre los países que iniciaron este proyecto se encuentran Australia, Alemania, Canadá, los Países Bajos, Reino Unido y EE UU. Francia, Arabia Saudí y Singapur se unieron a este proyecto en el 2007 (15).

El proyecto fue respaldado por la Agencia para la Investigación y Calidad Sanitaria de los EE UU, la OMS, el "Commonwealth Fund" (una fundación sanitaria privada de los EEUU) y está coordinada por el centro para la SP de la OMS liderado por la Joint Comission y la Joint Commission International (15).

Los 5 Protocolos ("Standarized Operating Protocols") desarrollados para apoyar el proyecto están destinados a disminuir la incidencia de los EAs en (15):

1. Medicamentos Inyectables.
2. Precisión con la medicación en los traslados de pacientes.
3. Procedimiento correcto en parte del cuerpo correcto.
4. Errores en la comunicación en el traspaso de pacientes.
5. IRAS.

"El curriculum multidisciplinar en SP": Otra de las iniciativas puestas en marcha por la OMS con el objetivo de establecer unas pautas para la educación en SP en todos los ámbitos asistenciales, a nivel de educación universitaria y de formación continuada. Fue desarrollado primeramente

en el 2009 como una guía para la educación en SP en las universidades de medicina y fue extendido en el 2010 al ámbito multidisciplinar de la asistencia sanitaria (16).

Está dividido en dos partes, la primera destinada a los educadores con los métodos y conocimientos necesarios para facilitar la educación en SP y una segunda parte destinada a los profesores y a los alumnos con once temas que engloban los puntos básicos relacionados con la SP (16).

1.2 Estrategias a nivel europeo

A nivel europeo se estudiará El Comité Europeo de la Sanidad, el cual en el informe "*La prevención de los efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico",* hace una serie de recomendaciones a los Estados miembros relativas a la gestión de la seguridad y la calidad en la atención sanitaria, considerando el acceso a la atención sanitaria segura como un derecho básico de todos los ciudadanos de todos los Estados miembros (17).

Garantizar la seguridad de todo aquel que entra en contacto con los servicios sanitarios es uno de los retos más acuciantes para la sanidad hasta la fecha. De ahí que en 2009 los Estados miembros de la UE adoptasen una Recomendación en la que se les pedía que tomaran medidas para aumentar la seguridad de los pacientes (18).

En la UE, aproximadamente un 10% de los pacientes hospitalizados son víctimas de errores médicos, que van desde un diagnóstico equivocado a una dosis errónea del medicamento recetado, mientras que uno de cada veinte contrae una infección asociada a la asistencia sanitaria. Muchos de estos perjuicios pueden prevenirse, pero para ello es necesario que los responsables políticos, los profesionales sanitarios e incluso los propios pacientes hagan un esfuerzo (18).

La Comisión publicó recientemente un informe sobre la aplicación de la Recomendación por los Estados miembros, en el que se llegaba a las conclusiones siguientes (18):

- Los Estados miembros han incorporado la seguridad de los pacientes a las políticas de salud pública y han tomado numerosas medidas para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Deben seguir desarrollándose los sistemas de notificación de acontecimientos adversos y capacitación al respecto.
- Aún hay margen para la mejora en la implicación de los pacientes en su propia seguridad y la formación de los profesionales sanitarios.
- Las medidas no deben orientarse únicamente a los hospitales, sino también a la asistencia no hospitalaria.
- Es necesario disponer de más datos objetivos sobre el coste de una asistencia sanitaria poco segura.

Entre sus otras publicaciones se encuentran las recomendaciones específicas para mejorar la SP a través de la reducción de las IRAS.

Englobada en 7 puntos (19):

1. Fomentar el establecimiento y desarrollo de políticas y programas nacionales sobre seguridad de los pacientes.
2. Capacitar e informar a los ciudadanos y los pacientes.

3. Apoyar el establecimiento —o reforzar los existentes— de sistemas de información sin sanciones y de aprendizaje sobre hechos adversos.
4. Promover, en el nivel adecuado, la educación y la formación de los trabajadores sanitarios en materia de seguridad de los pacientes.
5. Clasificar y medir la SP a escala comunitaria, colaborando entre sí y con la Comisión Europea.
6. Compartir conocimientos, experiencia y buenas prácticas, los Estados miembros colaborarán entre sí y con la Comisión y los organismos europeos e internacionales en la elaboración de programas, estructuras y políticas eficaces y transparentes de SP, incluidos sistemas de aprendizaje y de notificación, con vistas a abordar los efectos adversos en la atención sanitaria.
7. Desarrollar y promover la investigación en materia de SP.

Asimismo han realizado otros estudios como el "*La entrevista del Eurobarómetro sobre la percepción de los europeos sobre los errores médicos"*, cuyos resultados fueron publicados por la Comisión Europea en el 2006, y según el cual casi 4 de cada 5 europeos (78%) de media, consideran los errores en la atención sanitaria como un problema importante en su país; de los cuales el 38% lo consideran un problema de gran importancia y el 40% de moderada importancia (20).

De acuerdo con las entrevistas un 23% de los entrevistados dice que ellos o familiares han sido víctimas de errores médicos, de los cuales el 18% ocurrió en el hospital y el 11% por causa de una prescripción médica errónea (20).

Otras iniciativas de la UE son:

- **"European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ)"**: La red de SP y calidad asistencial de la UE, iniciada en Abril del 2012, con el objetivo de crear una plataforma de cooperación entre los estados miembros de la UE en temas de SP y calidad asistencial.

  Sus objetivos son apoyar a los estados miembros a implementar las recomendaciones de la UE en SP y fortalecer la cooperación en calidad asistencial y SP, y la participación de los pacientes en estos temas (21).

- ***The European Network for Patient Safety (EUNetPaS)***: La red europea de SP es un proyecto establecido por los 27 estados miembros de la UE, organizaciones internacionales, grupos de profesionales sanitarios, instituciones y científicos y con la colaboración del fórum europeo de pacientes.

  Formada con el objetivo de favorecer la cooperación en SP, incluyendo herramientas para medir la cultura de seguridad, guías para educación y cursos, una biblioteca virtual de sistemas de notificación y educación; y estableciendo Plataformas Nacionales en SP en 13 estados miembros (21).

2. Estrategias a nivel español

La SP, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente (22).

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes en el ámbito sanitario y el coste que suponen a los sistemas sanitarios son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud como la OMS, la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los eventos adversos evitables en la práctica clínica (22).

2.1 Estrategias a Nivel Nacional

En España el Ministerio de Sanidad y Consumo ha iniciado una línea de trabajo estratégica en seguridad de pacientes que está en consonancia con las iniciativas ya emprendidas por la OMS y con las recomendaciones de distintos organismos europeos competentes. Con carácter de estrategia global y en coordinación con las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), pretende su desarrollo en el conjunto de instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) (23).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ha situado la SP en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la estrategia número ocho del Plan de Calidad para el SNS, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las CCAA y la cual puede verse en anexos punto 6.3 (22).

La Estrategia Nacional en SP para el periodo 2005-2011 fue desarrollada para mejorar la SP de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS y con unos objetivos que reflejan los ya propuestos en el Programa de SP de la OMS, como se refleja en la figura nº3 y que serán desarrollados a continuación (22):

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS.
- Promover la investigación en SP.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en SP.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

Figura nº 3: *Estrategia de SP.*

Fuente: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (22).

2.1.1 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria

Para el cumplimiento de este objetivo la Agencia de Calidad viene realizando desde el año 2005 un esfuerzo importante para difundir el conocimiento relacionado con la SP, a través de conferencias internacionales (cinco realizadas en este periodo) y haciendo especial hincapié en la difusión de las acciones e informes desarrollados utilizando las tecnologías de la información y de la comunicación, con la creación en el 2008 de la página web de SP *www.seguridaddelpaciente.es* en la cual se puede encontrar información acerca de la estrategia, la legislación, proyectos y cursos de formación a través de la página Web de SP.

Asimismo con la participación en diferentes foros nacionales e internacionales (OMS, Comisión Europea, entre otros) para compartir experiencias (24).

Para desarrollar el conocimiento y la cultura entre los profesionales se han desarrollado en este periodo un programa de formación profesional que a través de una metodología multifacética pretende mejorar los conocimientos y habilidades para la gestión de riesgos, la identificación y la minimización de los incidentes relacionados con la atención sanitaria.

En el ámbito de la formación profesional se ha desarrollado (25):

- *Nivel de Maestría:* Máster interuniversitario en Seguridad de los Pacientes y Calidad Asistencial, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández de Elche.
- *Nivel experto:*
  - Curso online de gestión de riesgos y mejora de la SP (120 horas de duración)

- ❖ Curso online de calidad asistencial y SP: prevención de EAs relacionados con la atención sanitaria. Curso de formación para formadores (50 horas de duración).
- ❖ Curso online de gestión de riesgos: elementos, fases y metodología (20 horas de duración).
- ❖ Curso online de gestión y análisis proactivo de los riesgos (prevención): proceso, herramientas y casos prácticos (20 horas de duración).
- ❖ Curso online de gestión y análisis reactivo de los riesgos (a posteriori): análisis de causa raíz, herramientas de apoyo y casos prácticos (20 horas de duración).
- ❖ Curso online de indicadores de riesgos sanitarios: análisis de datos de control, herramientas, ejemplos y casos prácticos (20 horas de duración).

- *Nivel básico:* Cursos de formación sobre aspectos básicos en SP y cursos sobre uso seguro de medicamentos de unas 30 horas de duración cada uno, dirigidos a profesionales sanitarios. Actualmente estos cursos son realizados a nivel de cada CCAA. Así como diversos talleres para la higiene de manos, el proyecto bacteriemia cero, el proyecto neumonía cero y sobre el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la SP (SiNASP).

2.1.2 Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente

Los sistemas de notificación de incidentes relacionados con la SP son sistemas que permiten la comunicación y el registro de incidentes relacionados con la atención sanitaria. El propósito de los sistemas de notificación es mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria aprendiendo de los errores para que no se vuelvan a producir o una vez producidos se minimice su impacto (24).

En 2005 se realizó el estudio "Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos o efectos adversos" para describir y comparar los distintos sistemas de notificación existentes, nacionales e internacionales, e identificar sus características clave con el fin establecer un marco de propuesta para el diseño de un modelo de SN para la SP.

Así se lanzó el proyecto del SiNASP, con su progresiva implantación en las distintas CCAA, el cual propone una notificación voluntaria, no punible, confidencial y que permita el análisis para el aprendizaje y la implementación de mejoras a nivel local (24)

Además del SiNASP hay otros sistemas de notificación existentes, como sistemas específicos de medicación o sistemas de algunas Sociedades Científicas.

2.1.3: Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud

Tres proyectos de prácticas seguras fueron desarrollados durante este periodo.

- **"El programa de higiene de manos del SNS":** basado en el proyecto de la OMS "Una atención limpia, es una atención segura", al cual España se adhirió en el 2006.

- **"Proyecto bacteriemia cero"**: un proyecto liderado por La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en coordinación con las CCAA y en colaboración con la OMS, con el objetivo de reducir la incidencia de bacteriemia por catéter centrales en las unidades de cuidados intensivos (UCI) del SNS (26).

  Para ello se propusieron una serie de objetivos y un plan de seguridad integral (como puede observarse en la tabla nº2) para la reducción de la incidencia de la bacteriemia.

Tabla nº2: *Bacteriemia Cero*

Equipo seguridad UCI	
STOP-BRC •Higiene de manos •Desinfección de la piel con clorhexidina •Medidas de barrera total durante la inserción. •Preferencia de localización subclavia. •Retirada de CVC innecesarios. •Manejo higienico de los catéteres.	PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL •Evaluar la cultura de seguridad. •Formación en seguridad del paciente. •Identificar errores en la práctica habitual, •Establecer alianzas con la dirección. •Aprender de los errores.

Fuente: Proyecto Bacteriemia Cero (26).

- **"Proyecto Neumonía Cero"**: Elaborado en el 2010 en colaboración con la SEMICYUC y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), con el objetivo de reducir la incidencia de la Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica, a través del establecimiento de una serie de medidas obligatorias y recomendables como pueden verse en la tabla nº3.

Tabla nº3: *Stop Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica.*

Stop Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica
Medidas básicas de obligado cumplimiento
a. Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea.
b. Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea.
c. Higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12%- 0,2%).
d. Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm H2O).
e. Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino a 0º.
f. Favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración.
g. Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.
Medidas optativas específicas altamente recomendables
a. Aspiración continua de secreciones subglóticas.
b. Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea).
c. Antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia.

Fuente: Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011(24).

2.1.4 Promover la investigación en seguridad de los pacientes

Para ser capaces de reducir y evitar la aparición de EAs, así como de minimizar sus consecuencias en caso de que no puedan ser evitados, es fundamentar conocer su epidemiología, para ello se han desarrollado diversos estudios a nivel nacional, los más importantes son:

1. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)

Realizado a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2005, dirigido por Jesús Mª Aranaz Andrés. Se tomo una muestra de 5.624 historias en 24 hospitales. La muestra fue tomada en pacientes ingresados, cuya hospitalización sea superior a 24 horas, en los hospitales seleccionados, que tuvieran una historia clínica en los mismos y que hubieran sido dados de alta del 4 al 10 de junio de 2005 (ambos inclusive) (27).

Los resultados mostraron hubo un total de 655 EAs. El 45% (295 EAs) se consideraron leves, el 39% (255 EAs) moderados y el 16% (105 EAs) graves (27).

El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales de cualquier tipo representaron el 25,3% del total de los EAs y un 25,0% estaban relacionados con problemas técnicos durante un procedimiento (28).

El 42,6% de los EAs se consideró evitable, siendo los EAs asociados a la medicación los más frecuentes, seguidos de los relacionados con las IRAS en el segundo puesto, como puede verse en la tabla nº4.

Tabla nº4: *Resultados del estudio ENEAS.*

Características de los EAs y su prevenibilidad						
Naturaleza Asociados con:	Médicos		Quirúrgicos		Todos	
	Porcentaje de EAs	Porcentaje prevenible	Porcentaje de EAs	Porcentaje prevenible	Porcentaje de EAs	Porcentaje prevenible
Procedimiento	11,2	34,3	37,6	31,0	25,0	31,7
Infección nosocomial	21,2	60,6	29,2	54,0	25,3	56,6
Medicación	53,8	36,3	22,1	31,6	37,4	34,8
Cuidado	8,7	55,6	6,7	56,5	7,6	56,0
Diagnóstico	2,9	77,8	2,9	90,0	2,7	84,2
Otros	2,2	33,3	1,5	33,3	1,8	33,3
Total	100	44.1	100	41.3	100	42,6

Fuente: Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS) (29).

El 31,4% de los EAs tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,4% el EA condicionó el ingreso (algunos pacientes que reingresaron por EA presentaron más de un EA) y, por lo tanto, toda la hospitalización fue debida a éste. Esta carga suponía como mediana 4 días de hospitalización en los EAs que alargaron la estancia y de 7 días en los que causaron un reingreso. Así el total de estancias adicionales provocadas por EAs relacionados con la asistencia sanitaria fue de 3.200 (6,1 estancias adicionales por paciente), de las cuales 1.157 corresponden a EAs evitables (2,2 estancias adicionales evitables por paciente) (27).

2. Estudio de efectos adversos en Atención Primaria (APEAS)

Realizado también a través de un convenio entre la Universidad Miguel Hernández y el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2008, fue llevado a cabo en 48 centros de atención primaria (AP) pertenecientes a 16 CCAA de España (30).

Los resultados de este estudio reflejaron que la frecuencia de los EAs en Atención Primaria es del 11,18%, en el 48,2% de los casos los factores causales del EAs estaban relacionados con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% existían otras causas (30).

Se consideraron EAs completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1%, y claramente evitables el 70,2% de los casos (30).

3. Estudio de incidentes y eventos adversos en Medicina Intensiva

Este estudio fue realizado por la Agencia de Calidad del SNS en colaboración con el SEMICYUC en el 2007. Este estudio fue realizado en 79 unidades pertenecientes a 76 hospitales españoles (31).

Según los resultados, la probabilidad de sufrir al menos un incidente relacionado con la seguridad por el hecho de estar ingresado en una UCI es del 62,5%, de los cuales un 49,6% era sin duda evitable, un 29,7% posiblemente evitable, y un 20,7% probablemente/sin duda inevitable (31).

Los incidentes más frecuentes era los relacionados con la medicación, seguidos con los asociados con los aparatos y con los cuidados, como puede observarse en la tabla nº5.

Tabla nº5: *Clasificación de incidentes en las UCIs españolas.*

Clasificación de incidentes en las UCIs españolas		
	Recuento	% de columna
Medicación	344	25,4%
Transfusión	3	0,2%
Vía aérea y ventilación mecánica	132	9,8%
Accesos vasculares, sondas	144	10,7%
Aparatos	205	15,2%
Error diagnóstico	14	1,0%
Pruebas diagnósticas	94	7,0%
Cuidados	198	14,6%
Procedimientos	66	4,9%
Infección nosocomial	106	7,8%
Cirugía	46	3,4%

Fuente: Incidentes y eventos adversos en medicina Intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico (31).

4. Estudio de eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios (EARCAS)

Realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en colaboración con la Universidad de Zaragoza en el 2011. Los incidentes y eventos adversos que con más frecuencia aparecen son los relacionados con los cuidados a los pacientes, seguidos de los relacionados con la medicación y las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (32).

2.1.5 Participación de los pacientes en la estrategia de seguridad de pacientes

Un elemento clave de la estrategia de SP, con el objetivo de fomentar la colaboración de los pacientes. Desde el 2006 se han realizado estudios para conocer las opiniones y expectativas de los pacientes en SP, a partir de estos estudios se creó "la Declaración y compromiso de los pacientes por la seguridad en el Sistema Nacional de Salud", suscrita por 22 asociaciones de pacientes y consumidores que demandan que la SP sea tratada como un área prioritaria en las políticas sanitarias.

Igualmente se creó la "Red ciudadana de formadores en SP" con módulos de aprendizaje, eventos y actividades formativas de libre acceso.

2.1.6 Reforzar la participación de España en todos los foros sobre seguridad de pacientes de las principales organizaciones internacionales

Con la participación de España en proyectos de la OMS como en el estudio iberoamericano de efectos adversos, de la UE (EUNetPaS, Grupo de SP y calidad, "Joint Action" en SP y Calidad…), etc.

2.2 Estrategias en las Comunidades Autónomas

A nivel autonómico la labor más significativa ha sido la realizada por la CCAA de Andalucía, con un plan pionero de estrategias implementadas a nivel autonómico y con el uso de las tecnologías de la comunicación más actuales para aumentar el éxito de sus campañas y el acceso a la información mediante el establecimiento de la página web del observatorio para la SP, y de las cuenta de facebook y twitter del observatorio.

La Junta de Andalucía llevó a cabo en el en el 2005 un estudio de ámbito autonómico cuya coordinación técnica está en la Escuela Andaluza de Salud Pública, con la misma metodología que el estudio nacional ENEAS (33). En el 2006 desarrollo la "Estrategia para la Seguridad del Paciente, periodo 2006-2010" y posteriormente para el periodo 2010-2014.

La Estrategia de Seguridad 2006-2010 incorpora dos elementos claves, la transición del paciente como elemento pasivo a elemento activo que participa en su asistencia, contribuyendo a minimizar el riesgo de que aparezcan EA; y el abordaje integral, definiendo el hilo conductor en la secuencia habitual de un proceso asistencial. Se configura, como se puede observar en la tabla nº6, como un conjunto de procesos agrupados en tres categorías: estratégicos, de soporte y operativos (33).

Tabla nº6: *Objetivos de la Estrategia para la SP del SSPA.*

PROCESOS ESTRATÉ-GICOS	Gestión de la Calidad Asistencial	1) Impulsar una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la SP.
		2)Incorporar los objetivos de seguridad propuestos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud en los correspondientes contratos de gestión
		3)Gestión de los riesgos descentralizada, horizontal y flexible
		4) Potenciar la adaptación de los centros a los estándares de seguridad del Modelo de Acreditación de Andalucía
	Formación	5) Plan de formación.
	Investigación	6) Impulsar la investigación en materia de SP.

PROCESOS DE SOPORTE	7) Fomentar la implicación del paciente y persona cuidadora.	
	8) Integrar la información sobre seguridad que facilitan los distintos sistemas de información existentes con el propósito de conocer, analizar y prevenir los EAs.	
	9) Desarrollar y mantener un sistema de notificación.	
	10) Disponer de un Observatorio de Seguridad: con las estrategias, estudios e información acerca de la SP en el SSPA (1).	
PROCESOS OPERATIVOS	Contacto con el sistema	11) Disminuir barreras arquitectónicas y señalizar adecuadamente los centros
		12) Identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con el SSPA.
		13) Identificación correcta y entorno seguro en la asistencia telemática.
	Valoración del paciente y persona cuidadora	14) En la valoración de los pacientes se identificarán los factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en una disminución de la SP.
		15) Valoración de la persona cuidadora.
	Asistencia	16) Potenciar el uso seguro de la medicación para prevenir los errores en el proceso de prescripción, conservación, preparación y administración de medicamentos.
		17) Prevenir la infección nosocomial.
		18) Potenciar la transfusión segura de sangre y hemoderivados.
		19) Mejorar la seguridad de los pacientes que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas.
		20) Establecer las medidas necesarias para la detección y actuación ante el riesgo de caídas.
		21) Impulsar medidas para la prevención del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y para el cuidado de las úlceras por decúbito.
		22) Fomentar entornos seguros en las inmovilizaciones mecánicas y farmacológicas.
		23) Monitorización de las extubaciones no planeadas.
	Alta/ Continuidad Asistencial	24) Asegurar la continuidad asistencial.

Fuente: Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010 (33).

La Estrategia para la SP 2011-2014 pone el énfasis en potenciar la participación activa de los pacientes en su seguridad reforzando su papel en el entorno de la gestión clínica como espacio seguro de interrelación de profesionales y pacientes y haciendo especial hincapié en el liderazgo de los profesionales (directivos y cargos intermedios) (34).

Potencia el desarrollo de estructuras de apoyo a la seguridad, consolidando el papel del Observatorio para la SP y la Red Andaluza de Ciudadanos Formadores en SP.

Por último hace un especial énfasis en la evaluación, que se constituye como un proyecto enfocado a conocer las medidas preventivas y organizativas que impulsan la práctica clínica segura, y permitiendo aproximarse a la medida de los logros en términos de resultados en morbilidad y mortalidad a lo largo de los próximos años, estableciendo un sistema de información válido y fiable a lo largo del tiempo, que evalúe el futuro impacto de las medidas implantadas (34).

3. Estrategias a nivel de Reino Unido

En Reino Unido en el año 2000 se comenzó el estudio de las estrategias y políticas destinadas a la reducción de la prevalencia de EAs y la mejora de la SP.

Tras los estudios realizados en otros países como EE UU y Australia, se llevo a cabo un proyecto piloto que mostró que un 10% de los pacientes hospitalizados sufría de algún tipo de daño relacionado con la asistencia sanitaria (de los cuales la mitad eran evitables), incrementando el gasto sanitario en hasta 2 billones de libras esterlinas, sin embargo como en otros muchos países, existía un escaso aprendizaje sistemático sobre incidentes en SP y fallos de servicio en el NHS (35).

El departamento de Sanidad de Reino Unido publicó en Junio del 2000 "*An Organization with a Memory*" ("Una organización con memoria"), la cual pone en marcha el movimiento por la SP, seguido en el 2001 por "*Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory*" ("Creando un NHS más seguro para los pacientes: Implementación de una organización con memoria").

El proyecto "Una organización con memoria" concluyó que la mejor manera para reducir la incidencia de EAs era actuar sobre las causas subyacentes de los errores del sistema. Este proyecto identifica cuatro aspectos críticos (36):

- Unificar procedimientos de notificación y análisis.
- Culturas organizativas más abiertas en las que los incidentes o fallos puedan ser comunicados y discutidos.
- Monitorización de los cambios que se ponen en marcha para evitar el problema en el futuro.
- Un enfoque sistémico que abarque la prevención, el análisis y el aprendizaje a partir de los incidentes y EAs.
- Crear metas para reducir la prevalencia de EAs en las áreas de alto riesgo.
- Aumentar la investigación en SP.

A partir de este proyecto se creó la Agencia Nacional para la SP, "*National Patient Safety Agency*" (NSPA) en el 2001, la cual forma parte del Departamento de Sanidad y cuyas funciones son (37):

- Recoger y analizar la información de los EAs de los hospitales y centros del NHS, profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores.
- Aprender de los errores y asegurar que acciones son tomadas para que no vuelvan a ocurrir.
- En prácticas y lugares de alto riesgo, proponer soluciones para prevenir el daño a los pacientes, a través de estrategias nacionales y mecanismos para evaluar su eficacia.

Su principal función es el análisis y la toma de medidas sobre los EAs notificados mediante el sistema nacional de notificación y aprendizaje, para ello, a través del sistema central de alertas *("Central alerting System")* se crean alertas en SP, mensajes de importancia para la seguridad pública y otras informaciones y guías para el NHS y otras instituciones asistenciales independientes (35).

La NPSA tiene una política de trasparencia absoluta, los datos recogidos por la NPSA son de acceso público, a través de su página web o contactando la entidad, favoreciendo la transparencia total y proporcionando información acerca de la SP de todos los servicios de NHS.

El "*National Reporting and Learning System*" (NRLS), el sistema nacional de notificación y aprendizaje a partir de los errores y EAs, se puso en marcha en el 2003, con el fin de comenzar acciones para evitar y aprender de los errores cometidos en cualquier parte del país. Para ello se definieron los términos EAs y casi-errores, con guías para los hospitales y centros del NHS y se inauguró una estructura estandarizada para la notificación de EAs a nivel nacional (37).

Comenzó como un módulo de notificación optativo para personal, pacientes e instituciones, pero desde el 2010, los centros pertenecientes al NHS tienen la obligación de notificar cualquier incidente relacionado con la SP que haya causado daños (38).

En Junio del 2012 las funciones de la NPSA fueron transferidas a la "NHS Commisioning *Board Special Health Authority*" (la autoridad sanitaria de la junta de la Comisión del NHS).

Asimismo se unificó el manejo de las investigaciones acerca de EAs en el NHS, siendo la investigación llevada a cabo por el Departamento de Sanidad o la Comisión para la Mejora en Sanidad, con el trabajo conjunto de los colegios y registros profesionales.

En Reino Unido los servicios sanitarios son proporcionados por los "Trusts" del NHS. Estos son organizaciones locales responsables de gestionar la asistencia sanitaria. Están divididos en (39):

- "*Acute Trust*": Hospitales generales o especializados.
- "*Ambulance trust*": Aquellos hospitales que reciben emergencias sanitarias y que poseen servicios de ambulancias.
- "*Foundation trust*": Poseen entidades legales independientes y no están representados por los organismos nacionales. Atienden tanto a pacientes públicos como privados para sufragar su financiación.
- "*Mental Health Trust*": Proporcionan asistencia sanitaria y servicios sociales para personas con problemas de salud mental.
- "*Primary Care Trust*": Similares a los centros de atención sanitaria españoles, son el primer punto de acceso y están formados por los centros de atención primaria ("*General Practice, (GPs)*") los centros de atención de urgencias ("*Walk-in Centre*"), dentistas, farmacéuticos, oftalmólogos, la línea directa telefónica del NHS y el NHS 111 (numero de atención sanitaria urgente pero sin riesgo de muerte, no tan urgente como el 999 que es el servicio de ambulancias).

3.1 Campañas y estrategias

3.1.1 La seguridad del Paciente en siete pasos

En noviembre de 2003, la NPSA elaboró "*La SP en Siete Pasos*", una guía de buenas prácticas con la intención de ofrecer a las organizaciones del NHS orientación práctica y apoyo para mejorar la SP (40).

Los siete pasos para la SP (40):

- *Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad*. Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa

del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

- *Paso 2: Liderar y apoyar al personal.* Establecer un enfoque claro y sólido sobre la SP en todos los ámbitos de cada organización.
- *Paso 3: Integrar la actividad en gestión del riesgo.* Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar los riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.
- *Paso 4: Promover la notificación.* Garantizar que el personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.
- *Paso 5: Involucrar y comunicar con pacientes y público.* Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.
- *Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad.* Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz con el objetivo de conocer cómo y porqué suceden incidentes.
- *Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño.* Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

3.1.2 "Clean your hands campaign" Campaña lavate las manos

Lanzada por la NPSA en septiembre del 2004, instruyendo a los hospitales del NHS a proporcionar soluciones alcohólicas para el lavado de manos en el lugar del cuidado, extendiéndose la campaña posteriormente a los centros de atención primaria, ambulancias, centros de atención mental y otras instituciones sanitarias (41).

Esta campaña, con el trabajo conjunto del NHS y el NPSA, tiene el objetivo de educar, promover y permitir que el personal sanitario realice la higiene de manos en los momentos correctos, mediante (41):

- Promoción de la higiene de manos en el punto en que se proporcionan los cuidados, llevando a cabo "Los cinco momentos de la higiene de manos" propuestos por la OMS.
- Incrementar la conciencia de la importancia de la higiene de manos mediante posters sobre los cinco momentos de la higiene de manos en todas las áreas asistenciales y otros materiales educativos.
- Proporcionar material educativo para facilitar el aprendizaje,
- Proporcionar guías y materiales para respaldar la implementación, educación, promoción y cumplimiento.

3.1.3 "Patient Safety First" La seguridad de los Pacientes como primera prioridad

Esta campaña fue lanzada en junio del 2008, fundada por la NPSA y por el Instituto de Innovación y mejora del NHS, con el apoyo de "*The Health foundation*" (La fundación Sanitaria), una organización no gubernamental cuyo objetivo es mejorar la calidad de los servicios sanitarios en Reino Unido (42).

La campaña fue lanzada en Inglaterra, existiendo distintas campañas en la zona de Gales, Escocia e Irlanda del Norte.

Fue lanzada con un presupuesto bastante limitado, y con el objetivo de llegar a la mayor cantidad de población posible con unos recursos muy limitados, aun así los resultados de esta campaña han sido una enorme participación por la mayor parte de los trusts de Inglaterra, con un cambio de cultura y con la instauración de nuevos protocolos e intervenciones.

El NHS está sometido a cambios complejos y significativos, con un ambiente económicamente desafiante, por esa razón durante este periodo crítico es muy importante que la SP se sitúe en el centro de las políticas y estrategias sanitarias como una prioridad.

La campaña se centra en cambiar la cultura del NHS de aceptación de errores y daños a acción para su reducción.

Durante los dos años que duró la campaña sus metas fueron (42):

- Involucrar a los líderes en la mejora de la cultura de seguridad.
- Involucrar a los médicos de todos los ámbitos en la SP.
- Posibilitar cambios de comportamiento mediante la implementación de intervenciones basadas en la evidencia.

La SP es un tema extenso y complejo con implicaciones en todos los aspectos de la atención sanitaria. La campaña *"Patient Safety First"* se enfoca en cinco intervenciones con el objetivo de crear resultados significativos y mesurables, como se puede ver en la tabla nº7.

Tabla nº7: *Las cinco intervenciones de la campaña "Patient Safety First"*

	Liderazgo para la SP	Uno de los objetivos primarios era conseguir que el comité directivo de cada trust se comprometiera con la SP situándola como su prioridad principal, y estableciendo prioridades y metas para su mejora. A partir de esta campaña se establecieron las rondas intencionales en SP en las cuales participaban los directivos y los líderes sanitarios de cada una de las profesiones (médicos, enfermeras, farmacéuticos…), con el objetivo de promover la cultura de seguridad y educar a los profesionales en materia de SP. Otras iniciativas son la organización de reuniones mensuales o trimestrales en SP por parte de los directivos de cada área de los hospitales, la realización de la semana en SP anual (en septiembre de cada año), así como proyectos semanales dedicados a cada uno de los componentes de la SP (caídas, nutrición, medicación, liderazgo, etc.)
	Reducir el daño por Deterioro	Basado en cuatro intervenciones para reducir las paradas cardíacas y la tasa de mortalidad mediante el reconocimiento y el tratamiento precoz de los signos de deterioro. 1. Monitorización de todas las paradas cardiacas para establecer conexiones entre ellas, y actuar para detectarlas tempranamente. 2. Mejorar la observación y monitorización de los pacientes de manera más fiable, mediante cursos. 3. Usar métodos de aviso precoz para asegurar intervenciones rápidas y apropiadas para los pacientes con signos de deterioro, para ello se usa la técnica SBAR (ver anexos punto 6.2.3) y códigos de colores en los gráficos de observaciones con la escala NEWS (National Early Warning Score) la escala nacional de detección precoz del deterioro (ver anexos punto 6.4).

		4. La introducción de un equipo de rápida respuesta, formado por enfermeras y médicos experimentados y competentes en cuidado crítico y que sean capaces de atender a pacientes en estado de deterioro previniendo un empeoramiento de su condición. Así fue desarrollado el papel de la enfermera de "Outreach" de cuidados intensivos con el fin de apoyar y enseñar a las enfermeras a advertir los signos de deterioro y a tomar las intervenciones adecuadas (43).
	Reducir el daño en Cuidados Intensivos	1. Reducir el daño causado por la ventilación mecánica a través de un lista de verificación : • Elevación de la cabeza de la cama. • Parar la sedación diariamente para valorar extubación. • Profilaxis preventiva de la úlcera péptica. • Profilaxis para el trombo-embolismo venoso. 2. Reducir las infecciones de las líneas centrales mediante una lista de verificación en la inserción. Proyecto "Matching Mitchigan". • Limpieza de manos. • Medidas de barrera. • Limpieza de la zona de inserción con clorhexidina. • Selección del lugar de inserción (evitar femoral cuando sea posible). • Revisión de la necesidad del catéter central y extracción precoz. • Uso de la escala VIP (ver anexos 6.5).
	Reducir el daño en el Cuidado Peri-Operatorio	Se introdujo la lista de verificación de la cirugía de la OMS, consiguiendo una adherencia total en el 2010. Asimismo se desarrolló la estrategia "Five Steps to Safer Surgery" (Cinco pasos para una cirugía más segura), la cual será explicada más ampliamente en el punto 3.1.4.
	Reducir el daño de los medicamentos de alto riesgo	Con intervenciones destinadas a la reducción de daños ocasionados por anticoagulantes, fármacos opioides, sedantes inyectables e insulina.

Fuente: Patient Safety First: The campaign review (42).

Todos los trusts participantes participaron en la intervención del liderazgo, en las otras tres intervenciones tuvieron la opción de elegir su participación en cuantas consideraran oportuno.

La campaña fue un gran éxito, con una enorme participación y una percepción de mejora en SP por parte de todos los participantes.

La campaña fue voluntaria e inicialmente estuvo enfocada a los hospitales, aunque posteriormente se desarrollo en otros ámbitos, más de 270 organizaciones del NHS se han unido a esta campaña, incluyendo más del 90% de los hospitales del NHS *("acute trusts"*) y en torno al 60% del resto de los trusts (42).

Se estableció asimismo la página web del proyecto, con guías para la práctica *("how to guides"*) para el desarrollo de cada una de las intervenciones, vídeos sobre la campaña, casos prácticos y más materiales didácticos.

3.1.4 Una cirugía más segura en cinco pasos

En el 2009, la NPSA recibió 155.00 notificaciones de incidentes de SP relacionados con la intervención quirúrgica. Muchos de ellos no causaron ningún daño a los pacientes, sin embargo en torno a 1.000 notificaciones causaron graves daños y en 267 casos la muerte (44).

Siguiendo el reto de la OMS sobre la cirugía segura en el 2008, la NPSA requirió la instauración de la lista de verificación de la cirugía, siendo obligatoria desde el 2010 en todos los quirófanos del NHS.

Esta estrategia tiene como objetivos (44):

1. Mejorar el trabajo en equipo y la comunicación a través de cinco pasos:
    - "*Briefing*": Sesión informativa acerca del paciente y la operación, discutiendo el plan, posibles complicaciones o cambios. Previa a la entrada del paciente en el quirófano.
    - "*Sign in, time out and sign out*": (entrada, pausa quirúrgica y salida) Compilación de la lista de la cirugía en sus tres pasos.
    - "*Debriefing*": Reunión para discutir los aspectos de la cirugía, discutiendo que fue bien, que fue mal y como intervenir acerca de ello.
2. Puesta en marcha de listas de verificación en:
    - Prevención de la infección de la herida quirúrgica.
        - Uso apropiado de antibióticos profilácticos.
        - Mantenimiento de la normotermia.
        - Mantenimiento de controles de glucosa para pacientes diabéticos.
        - Uso de los métodos para la eliminación del vello.
    - Uso de la valoración de riesgo de Tromboembolismo venoso, mediante la guía de la práctica del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia del cuidado (NICE).

3.2 Estudios epidemiológicos

Los estudios acerca de la incidencia de EAs en el NHS son llevados por la NPSA, y el comité del NHS. Son realizados a partir de los incidentes notificados al NRLS, la NPSA y actualmente el comité de SP del NHS tienen una política de transparencia absoluta, por lo que los estudios de incidencia son realizados y publicados periódicamente en sus páginas web, así mismo también se pueden encontrar informes acerca de la incidencia de EAs en cada uno de los trusts del NHS.

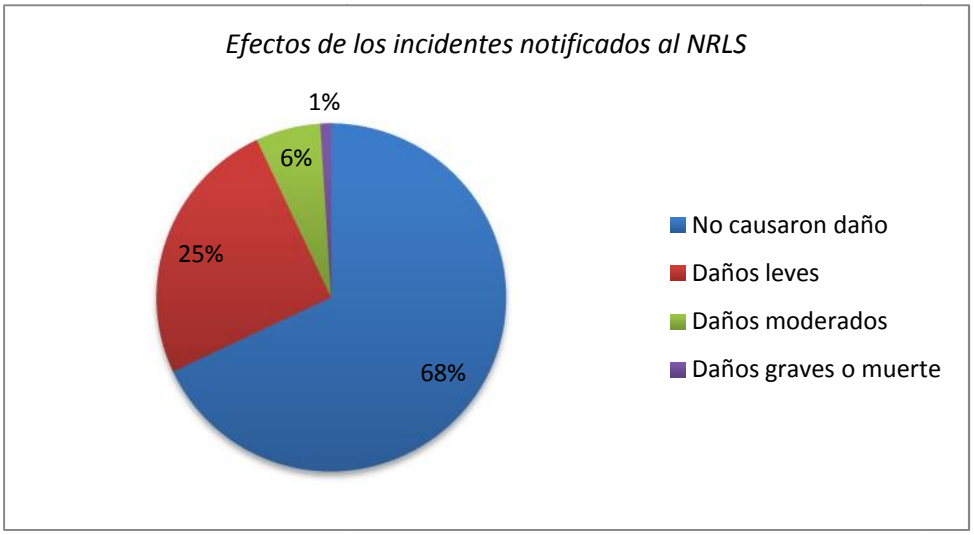
Los últimos fueron publicados el 12 de Septiembre del 2012 sobre los incidentes notificados entre el 1 de Octubre del 2011 y el 31 de Marzo del 2012 al NRLS, un total de 612.414 incidentes fueron notificados (45).

El 90% de los "trust" notificaron incidentes al sistema, de los cuales un 53% realizaron notificaciones mensuales (45).

Los datos demuestran que hay un aumento de las notificaciones al sistema comparado con periodos anteriores (45).

De estos datos el 68% no provocó daños a los pacientes, el 25% daños menores, el 6% resultaron en daños moderados y el 1% causaron daños severos o muerte a los pacientes como puede verse en la figura nº4 a continuación (45).

Figura nº4: *Efectos de los incidentes notificados al NRLS*



Fuente: Release of Organization Patient Safety Incident reports (45).

Los incidentes más notificados fueron las caídas de los pacientes (26%), seguidos de los incidentes en la medicación (11%) y con los relacionados con el tratamiento o intervención (11%) (45).

3.3 Estrategias y estructura de la enfermería en Reino Unido

Otras estrategias que merecen su mención y que difieren con las aplicadas en España en el ámbito de la enfermería están referidas con:

3.3.1 Medicación

Todo medicamento intravenoso administrado debe ser etiquetado (en caso de que no lo esté) y los cinco correctos (paciente correcto, hora correcta, medicamento correcto, dosis correcta, vía de administración correcta), además de la fecha de caducidad y la disolución (si es necesaria) del medicamento deben ser controlados y firmados por dos enfermeras que hayan superado el módulo educativo proporcionado por los "trust" acerca de la administración de fármacos intravenosos. Los fármacos que no estén etiquetados deben etiquetarse con una pegatina con el nombre del paciente, el fármaco, la dosis, la disolución, el volumen, la firma de las dos enfermeras, la fecha y la hora.

Asimismo ambas enfermeras deben firmar en la hoja de medicación o firmar doblemente en el servicio informático.

Esta es una resolución establecida por el registro de enfermería el "Nursing and Midwifery Council" (NMC) en su guía de "Estándares para la administración de los medicamentos" (46).

3.3.2 Cuerpos reguladores de la profesión enfermera

El papel de los colegios profesionales difiere del español, en la profesión de enfermería existe en Real Colegio de Enfermería "*Royal College of Nursing* (RCN)" (el cual no es obligatorio para el desarrollo de la profesión, y sirve de representación, apoyo y consejo) y el registro de

enfermería, el NMC, el cual es obligatorio para el desarrollo de la profesión y cuyas funciones son (47):

- Salvaguardar la salud y el bienestar del público.
- Establecer estándares de educación, práctica, conducta y comportamiento, en manera que los profesionales proporcionen un cuidado de alta calidad a lo largo de su carrera profesional.
- Asegurar que los profesionales de enfermería mantengan sus habilidades y conocimiento actualizado y al nivel de los estándares profesionales.
- Desempeño de procesos de investigación claros y transparentes para los profesionales que no alcanzan los estándares establecidos.

Las mismas instituciones reguladoras existen para el resto de las profesiones sanitarias.

La suscripción debe ser renovada anualmente, y por ello el hospital o centro asistencial en el que trabaje el profesional debe acreditar el cumplimiento de los estándares propuestos por el cuerpo regulador de la profesión.

3.3.3 Educación y preparación

El registro y cuerpo regulador de la profesión enfermera, el NMC, establece que todo nuevo empleado debe recibir (48):

- Un periodo de introducción al área de trabajo ("induction"), en el cual trabajara conjuntamente con profesionales de enfermería de mayor antigüedad (mentor), adquiriendo los conocimientos necesarios acerca del área de trabajo, protocolos, intervenciones, etc.

  Durante ese periodo el nuevo empleado trabajará como personal extra, siendo del mentor la responsabilidad del paciente.
  La duración de este periodo depende del área de trabajo y de la experiencia previa, variando entre 2-6 semanas.
- Educación continuada: A través de cursos de obligatoria asistencia para el mantenimiento y actualización de conocimientos y habilidades.
- Preceptorship: Un programa especial de cursos y apoyo llamado "Preceptorship" para profesionales que acaben de terminar la universidad para facilitarles su transición de estudiantes a enfermeras.
- Acceso continuado a desarrollo profesional: mediante la posibilidad de progresar y aumentar de rango en la profesión de enfermería. Los rangos serán explicados en el punto 3.3.4.
- Supervisión clínica: Con la figura del "practice educator", que será explicada en el punto 3.3.4, que conjuntamente con las supervisoras de enfermería del área asistencial se encarga de la educación y supervisión del personal de enfermería.

La empresa/institución tiene la responsabilidad de reconocer y reforzar las buenas conductas, y tomar medidas para identificar y tratar con el mal cumplimiento de las funciones profesionales. Todos los empleados deben recibir evaluaciones ("appraisals") al menos de manera anual, durante los cuales se identificaran sus necesidades educativas y se realizará una retroalimentación positiva y una reflexión sobre las áreas de mejora. (48).

3.3.4 Carrera de la profesión enfermera

En Reino Unido un profesional de enfermería es aquel que ha completado un programa de enfermería y que ha adquirido su titulo y posee un número de registro del NMC.

La educación de Enfermería, que en España es el diploma o grado en Enfermería, está dividida en cinco programas distintos:

- Enfermería de adultos (Adult Nursing): Enfocada únicamente al cuidado de la persona adulta, en el plan de estudios no incluyen la materia de materno-infantil. Duración: 3-4 años, adquiriendo el título "Bachelor of Science" (BsC), equivalente al diploma es España.
- Enfermería pediátrica (Children's nursing): Puede realizarse como diploma exclusivo en enfermería pediátrica (3 años) o como especialización en enfermería pediátrica después de realizar enfermería de adultos (2 años).
- Enfermería en problemas del aprendizaje (Leaning Disabilities Nursing): Diploma en enfermería en problemas del aprendizaje con una duración de 3 años.
- Enfermería de Salud Mental (Mental-health nursing): Diploma de enfermería de Salud Mental (3 años de duración) o como especialización de enfermería de adultos (2 años).
- Matrona (Midwifery): No es considerado un programa de enfermería, ya que se requiere haber estudiado otro de los programas de enfermería para acceder (dos años de duración).

Una vez obtenido el diploma, existen tres grupos de profesionales de enfermería, dependiendo de la antigüedad y de la educación.

- **"First level nurses":** Enfermeras de primer nivel, son profesionales de enfermería con el grado o diploma en enfermería en cualquiera de sus programas.

- **Enfermeras especialistas:** Enfermeras con unos determinados años de experiencia y con educación de post-graduado.
    - **"Nurse practitioner":** Proporcionar cuidados con un alto nivel de técnicas y conocimientos, desempeñando un papel similar al de los doctores en algunos aspectos. Suelen trabajar en consultas de atención primaria y en departamentos de urgencias.
    - **"Specialist Community Public Health Nurses":** Enfermera que a través de un curso de especialización o máster (en Reino Unido conocido como MsC, Master of SCience) se ha especializado en salud pública. Normalmente conocidas como "District Nurse" (que en España es la enfermería comunitaria) pero también incluye enfermería escolar (school nurses) u enfermería laboral (Occupational Health Nurses).
    - **"Clinical Nurse Specialists":** Enfermera especialista clínica: Profesional de enfermería que a través de un curso de postgraduado se ha especializado en una materia específica (existen muchas especialidades en forma de MsC, desde enfermería cardiovascular, oncológica, neurológica, respiratoria, hasta más específicos en dolor, nutrición, etc.), estas enfermeras normalmente se encargan del liderazgo y la educación de las enfermeras de primer nivel.
    - **"Nurse Consultants":** Estos profesionales han realizado un curso de postgraduado en un área determinada, y educación suplementaria destinada a la educación. Son los encargados de la educación y evaluación del personal de su departamento, y muchos de ellos participan también en investigación.
    - "**Lecturer-Practitioners":** Profesionales con educación a nivel de máster y en ocasiones de doctorado. Trabajan conjuntamente entre los trusts y las universidades, estos profesionales reciben el nombre de "practice education

facilitators" y se encargan de la educación tanto en el trust en el que trabajan como en las universidades.

- **"Lecturers"**: Profesionales de enfermería con educación a nivel de MsC y en ocasiones de doctorado, que realizan sus funciones únicamente en la universidad.

- **"Managers"**: El papel de los managers o directivos de área, llamados en Reino Unido "Modern Matron" fue instaurado en el 2001, estos son profesionales de enfermería que habiendo desarrollado papeles clínicos de dirección por muchos años, deciden dejar el ámbito clínico y dedicarse a la dirección y la gerencia bien de un área clínica, de un establecimiento de asistencia sanitaria, y en ocasiones como miembros de las juntas directivas o como directores de centros asistenciales.

De esta manera, los salarios dependen de la educación y antigüedad, distribuyéndose en distintas franjas denominadas "bands" como puede verse en la tabla nº8.

Tabla nº8: *Clasificación de la carrera de enfermería en Reino Unido.*

Nivel / Rango	Papel profesional	Nivel educativo
BAND 1,2,3 y 4	Representan los distintos rangos de los auxiliares de enfermería.	Cursos de formación profesional.
BAND 5	Enfermeras de primer nivel, con un nivel educativo de diploma o grado en cualquiera de los programas de enfermería.	BsC (diploma o grado) en uno de los cuatro programas de enfermería: Enfermería de adultos Enfermería pediátrica. Enfermería de Salud Mental. Enfermería en problemas del aprendizaje.
BAND 6	Profesionales de enfermería con un mayor grado de educación (pero sin ser enfermeras especialistas) y antigüedad. En ocasiones desarrollan también el papel de supervisora de enfermería de un área asistencial.	BsC y cursos de post-graduado, destinados a la mejora de los conocimientos y habilidades en administración, supervisión y específicos del área en el cual desempeñan la profesión (por ejemplo cursos de postgraduado de intensivos).
BAND 7	Enfermeras especialistas, y las supervisoras de enfermería de cada área, llamadas "Sister in Charge" o "Charge Nurse". Incluyen "Nurse practitioner", "Specialist Community Public Health Nurses" y "Clinical Nurse Specialists"	Profesionales con el BSc en uno de los cuatro programas, más educación a nivel de máster y/o postgraduado. Adquieren roles de dirección y supervisión en un determinado área o de especialistas de enfermería en determinados campos, trabajando en todas las áreas asistenciales del hospital, como enfermeras especialistas en dolor, nutrición, tranplantes, etc.
BAND 8	Managers, Nurse Consultants, practice educators, etc.	Profesionales con educación a nivel de BSc, MSc y de doctorado, trabajando en puestos de profesores, gerentes o líderes de investigaciones.

Fuente: Elaboración propia.

4. Reflexiones

En un ambiente tan complejo, tecnológico e innovador como la atención sanitaria, la seguridad del paciente debe estar situada en el centro de las políticas y estrategias sanitarias.

Los profesionales sanitarios son humanos y pueden cometer errores, pero debido a que las consecuencias pueden ser muy graves en los pacientes, es necesario establecer políticas y estrategias que impidan que estos errores sucedan.

Para ello las organizaciones sanitarias mundiales y nacionales han creado estrategias e intervenciones para reducir estos EAs ligados a la atención sanitaria que sufren los pacientes, ya que pese a que en la mayor parte de las ocasiones no causan ningún daño, en algunas pueden llegar a causar daños irreversibles e incluso la muerte.

Tras la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en el 2005, tanto en España como en Reino Unido se han puesto en marcha distintas estrategias para aumentar la cultura de seguridad y proporcionar una atención sanitaria más segura y de calidad, previniendo que los EAs sucedan, ya que sus repercusiones no solo a nivel social sino también a nivel económico son inmensurables.

En un momento crítico de los sistemas sanitarios, con una situación de crisis económica profunda en España, la sanidad está sufriendo unos recortes tanto de presupuestos como de personal, que están creando una situación insostenible, en la cual la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente corren el riesgo de verse afectadas.

En Reino Unido la situación económica es significativamente mejor que la española, pero aun así la sanidad no está exenta de ajustes y recortes. Sin embargo, gracias a la experiencia adquirida en este país he podido observar que las estrategias propuestas para la SP están mucho más reguladas y generalizadas a nivel nacional que en España.

Con el importantísimo papel desempeñado por el sistema de notificación y aprendizaje de Reino Unido, los EAs no solo son notificados, sino que lo que es más importante aún, se puede aprender de ellos, interviniendo para evitar que vuelvan a ocurrir.

Como dijo Sir Liam Donaldson en el lanzamiento de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente “Errar es humano, cubrir nuestros errores es injustificable, pero no aprender de ellos es imperdonable”.

Pese a que tanto en España como en Reino Unido la educación continuada ofrecida a los profesionales es muy extensa, en España es una materia opcional, sin embargo en Reino Unido la continuación y actualización de los conocimientos está altamente regularizado y controlado, asegurando unos estándares de cuidado actualizados y generalizados a todos los profesionales.

Asimismo la distribución de la carrera de enfermería con profesionales especialistas en distintos campos, con una educación de postgraduado muy extensa y específica y una jerarquí.a basada en los programas educativos facilita una atención más especializada, actualizada y segura.

En mi opinión en estos momentos difíciles de los sistemas sanitarios, es importante priorizar en seguridad, creando una cultura de seguridad en la que la SP sea una prioridad tanto para los profesionales del ámbito sanitario como para las instituciones e organismos gubernamentales.

5. Bibliografía

(1) Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Conserjería de Salud, Junta de Andalucía. Observatorio para la seguridad del paciente. 2013; Available at: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/index.html. Accessed 04/01/2013.

(2) Organización Mundial de la Salud, The Joint Commission, Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007; Available at: www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf. Accessed 23/01/2013.

(3) Aíbar Ramón C, Aranaz Andrés JM, García Elorio E, Franco Herrera A. OMS/ Curos Virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. 2012; Available at: www.who.int/patientsafety/research/curso_virtual/es/index.html. Accessed 06/02/2013.

(4) Vincent C. Patient safety. : Wiley-Blackwell; 2011.

(5) World Health Organization. 10 facts on patient safety. 2012; Available at: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/en/index1.html. Accessed 17/03/2013.

(6) Sahuquillo MR. Aumentan las quejas por Negligencia. 2013; Available at: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/23/actualidad/1358969205_407441.html;. Accessed 23/01/2013.

(7) Tubella P. La investigación detecta que Reino Unido pudo evitar 20.000 muertes en hospitales. 2013; Available at: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/16/actualidad/1363458019_052960.html;. Accessed 16/03/2013.

(8) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2005. 2004; Available at: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Accessed 16/01/2013.

(9) Joint Commission International. Centro Colaborador de la OMS para Soluciones en la Seguridad del Paciente. 2013; Available at: http://es.jointcommissioninternational.org/enes/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/. Accessed 22/02/2013.

(10) Organización Mundial de la Salud. La cirugía segura salva vidas. 2008; Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf. Accessed 26/02/2013.

(11) Comisión Europea, Seguridad de los Pacientes. Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Available at: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/healthcare_associated_infections/index_es.htm. Accessed 24/03/2013.

(12) Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para mejorar la higiene de manos. 2009; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf. Accessed 22/03/2013.

(13) Organización Mundial de la Salud, Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. 2008; Available at: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf. Accessed 22/01/2013.

(14) Joint Commission International. Speak Up Program. 2011; Available at: http://it.jointcommissioninternational.org/enit/Speak-Up-Program/#!prettyPhoto. Accessed 17/02/2013.

(15) World Health Organization, The Joint Commission, Joint Commission International. High 5s Project. 2006; Available at: https://www.high5s.org/bin/view/Main/WebHome. Accessed 17/02/2013.

(16) World Health Organization. Patient Safety Curriculum Guide-Multi-professional edition. 2010; Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf. Accessed 24/04/2013.

(17) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. 2011; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf. Accessed 17/01/2013.

(18) Seychell M. Seguridad de los Pacientes, una cuestión prioritaria para los países de la UE. Boletín Salud-UE 2013;107.

(19) Commission of the European Communities. Commission Communication on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections (2008). 2008; Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_com2008_en.pdf. Accessed 17/01/2013.

(20) European Comission. Eurobarometer: Medical errors. 2006; Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/eb_64_en.pdf. Accessed 06/01/2013.

(21) European Patients' Forum website. Non- EPF led EU projects: PaSQ and EUNetPaS. 2013; Available at: http://www.eu-patient.eu/Initatives-Policy/Projects/Non-EPF-led-EU-projects-Associated-Partners/. Accessed 17/04/2013.

(22) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Calidad, Gobierno de España. Seguridad del Paciente. Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/. Accessed 04/01, 2013.

(23) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2010; Available at: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad.htm. Accessed 24/04/2013.

(24) Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Agencia de calidad del SNS. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. 2011; Available at: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf. Accessed 24/03/2013.

(25) Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa para la formación Profesional. 2011; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/formacion/formacion-profesional.html?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5. Accessed 17/03/2013.

(26) SEMICYUC. Proyecto Bacteriemia Cero. 2010; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html. Accessed 24/03/2013.

(27) Aranaz Andrés JM. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. 2005; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf. Accessed 02/02/2013.

(28) Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C. Seguridad del Paciente y Prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/preambulo.html. Accessed 17/03/2013.

(29) Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, Gea-Velazquez de Castro. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). Int J Qual Health Care 2009;21(6):408-414.

(30) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS, Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. 2008; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf. Accessed 24/03/2013.

(31) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina Intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. 2009; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/syrec.pdf. Accessed 24/03/2013.

(32) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estudio EARCAS: Eventos adversos en residencias y centros asistenciales socio-sanitarios. 2011; Available at: http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/earcas.pdf. Accessed 24/03/2013.

(33) Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente 2006-2010. 2006; Available at: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_2006-2010.pdf. Accessed 24/03/2013.

(34) Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014. 2011; Available at: www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_para_la_Seguridad_del_Paciente_2011-2014.pdf. Accessed 24/03/2013.

(35) Cousins DH, Baker M. The work of the National Patient Safety Agency to improve medication safety. Br J Gen Pract 2004 May;54(502):331-333.

(36) Great Britain. Dept. of Health. An organisation with a memory : report of an expert group on learning from adverse events in the National Health Service. London: Stationery Office; 2000.

(37) Department of Health / Patient Safety. Building a safer NHS for patients: Implementing an Organization with a memory. 2002; Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/browsable/DH_4916275. Accessed 24/04/2013.

(38) National Health System (NHS). National Patient Safety Agency (NPSA). Available at: http://www.npsa.nhs.uk/. Accessed 06/01/2013.

(39) NHS choices. NHS Authorities and trusts. 2013; Available at: www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/authoritiesandtrusts.aspx. Accessed 24/04/2013.

(40) Woodward SN. Siete pasos para la Seguridad del Paciente en la Atención Primaria, traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo de España con el permiso del NHS. 2003; Available at: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf. Accessed 07/01/2013.

(41) Natinal Patient Safety Agency. Clean your hands campaign. 2010; Available at: http://www.npsa.nhs.uk/cleanyourhands/. Accessed 24/04/2013.

(42) National Patient Safety Agency. Patient Safety First: The campaign review. 2011; Available at: http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Patient%20Safety%20First%20-%20the%20campaign%20review.pdf. Accessed 24/04/2013.

(43) Nursingtimes.net. Developing roles in critical care outreach. 2007; Available at: http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/critical-care/developing-roles-in-critical-care-outreach/201192.article. Accessed 24/04/2013.

(44) National Patient Safety Agency. Five Steps to Safer Surgery. 2010; Available at: http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/NRLS-1291-How_to_guide_fi~urgery-2010.12.20-v1[1].pdf. Accessed 04/05/2013.

(45) NHS Commissioning Board Authority. Release of Organization Patient Safety Reports. 2012; Available at: http://www.nrls.npsa.nhs.uk/news-cp/organisation-patient-safety-incident-reports-september-2012/. Accessed 08/05/2013.

(46) Nursing and Midwifery Council. Standards for medicine managment. 2010; Available at: http://www.nmc-uk.org/Documents/NMC-Publications/NMC-Standards-for-medicines-management.pdf. Accessed 10/05/2013.

(47) Nursing and Midwifery Council. Our role. 2011; Available at: http://www.nmc-uk.org/About-us/Our-role/. Accessed 24/04/2013.

(48) Nursing and Midwifery Council. Advice and Information for employers of nurses and midwives. 2011; Available at: http://www.nmc-uk.org/Documents/FtP_Information/Advice%20and%20information%20for%20employers%20of%20nurses%20and%20midwives.pdf. Accessed 05/05/2013.

(49) NHS Institute for Innovation and Improvement. SBAR- Situation- Background- Assessment- Recommendation. 2008; Available at: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html. Accessed 23/01/2013.

(50) Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standarising assesment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. RCP 2012.

(51) Royal College of Nursing. Standards for Infusion Therapy. 2010; Available at: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/78593/002179.pdf. Accessed 24/04/2013.

6. Anexos

6.1 Glosario Taxonomía

En el movimiento de la SP es importante la definición de los siguientes términos (22).

Accidente: Suceso aleatorio imprevisto, inesperado que produce daños o lesiones al paciente, o pérdidas materiales o de cualquier otro tipo.

Casi-error (near miss): Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes:

- Casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco.
- Situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias.
- Accidentes que casi ocurrieron.
- Sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias.
- Acontecimientos peligrosos que no han producido daños personales, pero sí materiales y que sirven de aviso de la posibilidad de que ocurran efectos adversos.

Complicaciones del curso clínico**:** son alteraciones del curso natural de la enfermedad, derivadas de la misma y no provocadas por la actuación médica o de los demás profesionales sanitarios.

Desviaciones del curso clínico: trastornos objetivos, ocurridos en la evolución de la enfermedad, caracterizados por su relación con la atención recibida y la ausencia de intencionalidad.

Efecto adversos EAs: La lesión, daño, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o muerte relacionada con el proceso asistencial. Pueden ser:

- *Inevitables*: imposibles de predecir o evitar de acuerdo al conocimiento y los recursos disponibles.
- *Evitables*: no se habrían producido en caso de realizar o no alguna actuación concreta.

Error: Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra u suceso adverso.

Eventos adversos (adverse events): Eventos o acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo.

Iatrogenia no se limita exclusivamente a las consecuencias indeseables de la prescripción de medicamentos, sino que abarca tres componentes:

- *Iatrogenia clínica*: Referida al daño provocado a los pacientes como consecuencia de la intención de diagnosticar, prevenir, curar y aliviar. Incluye así mismo, el ocasionado por un intervencionismo excesivo, sin que ello prejuzgue la existencia de error o negligencia.
- *Iatrogenia social*: Que esconde los daños ocasionados por la medicalización de la vida diaria y el uso consumista de la medicina para solucionar problemas banales o aspectos del devenir normal de la vida.
- *Iatrogenia cultural*: Que puede suponer el abandono de la propia responsabilidad ante el proceso de enfermar, y que produce invalidez para reaccionar frente al dolor, el sufrimiento y la muerte.

Incidente: Acontecimiento o situación imprevista o inesperada que, bien por casualidad o bien por una intervención determinada a tiempo, no ha producido daños ni pérdidas al paciente; pero que en otras circunstancias podría haberlo producido.

Incidente crítico: Cuando un incidente puede suponer un elevado riesgo de mortalidad o de daños para el paciente.

Litigio (litigation): Disputa tramitada ante un juzgado que puede estar motivada por un desacuerdo con la atención recibida o con los efectos no deseados de la misma (efectos adversos) o complicaciones).

Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias. En cualquier caso, es importante diferenciar la mala praxis real de la aparente: aquella situación en la que las cosas se han hecho bien, pero los resultados han sido desfavorables.

Negligencia (negligence): Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Proceso asistencial: se refiere a todos los aspectos del mismo, tanto a las acciones o decisiones de facultativos y del personal de enfermería, como a los recursos, organización,…

Riesgo asistencial: el concepto es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes.

Sucesos adversos relacionados con el uso de medicamentos (adverse drug events): Cualquier lesión o efecto nocivo relacionado con el uso de medicamentos. Se incluyen tanto las difícilmente evitables reacciones adversas a medicamentos relacionadas con el uso habitual y apropiado de los mismos en la prevención y tratamiento de enfermedades; como los daños secundarios debidos a utilización inadecuada, por omisión o comisión de un medicamento.

6.2 Las nueve soluciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud

Las 9 soluciones propuestas por la OMS, enumeradas en la introducción, están destinadas a evitar la aparición de efectos adversos. Para cada una de ellas se establecieron una serie de medidas como se expone en el siguiente apartado.

6.2.1 Medicamentos de aspecto o nombre parecidos (2).

1	Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante:	
	a	La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización
	b	La implementación de protocolos clínicos
	c	La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles.
	d	El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo por número de cubo, en estantes o en dispositivos de dispensación automática.

	e	La utilización de técnicas tales como negrita y colores diferentes para reducir la confusión asociada con el uso de medicamentos con nombres o aspecto parecido (look alike, sound alike) en etiquetas, cubos de almacenamiento y estantes, así como en pantallas de computadora, dispositivos de dispensación automática y registros de administración de medicamentos.
	f	La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos.
	g	La garantía de cumplimiento de todos los pasos del proceso de administración de medicamentos por parte de personas cualificadas y competentes.

2	Incorporar educación sobre medicamentos con el potencial de tener aspecto o nombre parecidos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria.

3	Garantizar que las organizaciones responsables de la adquisición de medicamentos incorporen las consideraciones respecto a este tipo de medicamentos a tener en cuenta y las pruebas del usuario en el proceso de adquisición del producto nuevo. Y también tengan presente que una única marca podría estar asociada con distintos medicamentos en distintos países.

4	Defender el aumento del énfasis sobre la SP al nombrar medicamentos, y eliminación de nombres o aspectos parecidos a través de la participación en juntas de reglamentación, de estándares y asesoras, tanto nacionales como internacionales.

5	Colaborar con agencias e industrias internacionales para implementar:	
	a	Una convención universal de denominación de medicamento.
	b	Una evaluación de los nombres de medicamentos existentes por posibles confusiones con el nombre de un medicamento nuevo, previo a la aprobación de éste último.
	c	La estandarización de sufijos (por ej., medicamentos de liberación prolongada).
	d	Estrategias para concentrar esfuerzos en los medicamentos recientemente presentados.

6.2.2 Identificación de pacientes (2).

1	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:	
	a	Hagan énfasis en la responsabilidad principal de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (por ej., resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
	b	Fomenten el uso de al menos dos identificadores (por ej. nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión o de la transferencia a otro hospital o entorno de atención y previo a la administración de la atención. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
	c	Estandaricen los enfoques para la identificación del paciente entre los distintos establecimientos dentro de un sistema de atención sanitaria. Por ejemplo, el uso de bandas de identificación blancas sobre las que se pueda escribir un patrón o marcador estándar e información específica (por ej. nombre y fecha de nacimiento), o la implementación de tecnologías biométricas.
	d	Proporcionen protocolos claros para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre.

		Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
	e	Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.
	f	Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
	g	Proporcionen protocolos claros para conservar la identidad de las muestras del paciente durante los procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos.
	h	Proporcionen protocolos claros para el cuestionamiento de los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos de los análisis cuando no coincidan con la historia clínica del paciente.
	i	Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error en el ingreso de datos a la computadora.

2	Incorporar una capacitación sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria.

3	Instruir a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva y que respete su interés por la privacidad

6.2.3 Comunicación durante el traspaso de pacientes (2).

1	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria implementen un enfoque estandarizado para la comunicación entre el personal en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención al paciente en el transcurso de la transferencia de un paciente.	
	a	El uso de la técnica SBAR (Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) para estructurar el traspaso de datos, especialmente en situaciones críticas. Tabla nº9: *SBAR* Situación: Identificarse en el lugar/unidad desde la que llama. Identificar el paciente por el nombre y la razón del informe. Describir su preocupación. Antecedentes: Explicar la razón por la que el paciente ha sido admitido o recibido. Explicar la historia médica relevante. Informar al médico de los antecedentes médicos del paciente: diagnóstico, fecha de admisión, cirugías y procedimientos previos, medicación actual, alergias, resultados de laboratorio y cualquier resultado diagnóstico importante. Evaluación: Constantes vitales. Impresión clínica tras la valoración, preocupaciones. Recomendación: Explicar lo que necesitas, siendo específico sobre la petición y el marco de tiempo necesario. Hacer sugerencias. Clarificar expectativas. Fuente: SBAR- Situation- Background- Assessment- Recommendation (49).
	b	La asignación del tiempo suficiente para comunicar la información importante y para que el personal formule y responda preguntas sin interrupciones, siempre que sea posible (en el proceso de traspaso deberían incluirse pasos de repetición y relectura).
	c	El suministro de información referente al estado del paciente, sus medicamentos, sus planes de tratamiento, sus directivas anticipadas y cualquier cambio relevante en su estado.

	d	La limitación del intercambio de información a lo que es necesario para prestar una atención segura al paciente.

2	Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas que garanticen, en el momento del alta hospitalaria, que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento, los medicamentos y los resultados de las pruebas.

3	Incorporar capacitación sobre comunicación en el momento del traspaso en el plan de estudios y desarrollo profesional permanente para los profesionales de la atención sanitaria.

4	Fomentar la comunicación entre organizaciones que estén prestando atención al mismo paciente en forma paralela (por ejemplo, prestadores tradicionales y no tradicionales)

6.2.4 Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto (2).

1	La realización de la cirugía correcta en el lugar del cuerpo correcto como una prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiere liderazgo y la participación activa de todos los facultativos de primera línea y demás trabajadores de la atención sanitaria.

2	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con protocolos implementados que:	
	a	Prevean la verificación, en la etapa previa al procedimiento, del paciente, el procedimiento y el sitio deseados, y, si procede, de cualquier implante o prótesis.
	b	Exijan a la persona que realice el procedimiento que marque inequívocamente el sitio de la operación, con participación del paciente, a fin de identificar correctamente el lugar donde se desea hacer la incisión o la inserción.
	c	Exijan la realización de una instancia inmediatamente previa al comienzo del procedimiento, donde se reúna todo el personal participante (y el anestesista relacionado). La instancia previa es para establecer un acuerdo sobre el posicionamiento del paciente en la mesa de operaciones, el procedimiento, el lugar y, según corresponda, cualquier implante o prótesis.

6.2.5 Control de las soluciones concentradas de electrólitos (2).

1	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procesos implementados en los que:	
	a	La promoción de prácticas seguras con cloruro de potasio y otras soluciones concentradas de electrólitos sea una prioridad, y donde la evaluación de riesgos efectiva de la organización se ocupe de estas soluciones.
	b	El cloruro de potasio se trate como una sustancia controlada, incluyendo los requisitos que restringen la orden y establecen los requisitos de almacenamiento y documentación. Lo ideal es lograr la eliminación de las soluciones concentradas de electrólitos de todas las unidades de enfermería, y que esas soluciones se almacenen únicamente en áreas especializadas de preparación farmacéutica o bajo llave. Los viales de potasio, si se guardaran en un área de atención especializada a pacientes, deben estar etiquetados en forma individual con una etiqueta fosforescente visible a modo de advertencia, que diga “DEBE SER DILUIDO”.
	c	Cuando no haya un farmacéutico o un área de preparación farmacéutica disponible para almacenar y preparar estas soluciones, únicamente una persona capacitada y

		calificada (médico, enfermero, técnico farmacéutico) preparará las soluciones.
	d	Luego de la preparación de la solución tenga lugar una verificación independiente de la solución de electrólitos por parte de una segunda persona capacitada y cualificada. La organización debe establecer una lista de verificación para ser usada en la verificación independiente. Los puntos de la lista de verificación deben incluir cálculos de concentración, velocidades de la bomba de infusión y las conexiones adecuadas de la vía.
	e	Se colocará una etiqueta que diga "CUIDADO – ALTO RIESGO" a la solución preparada antes de su administración.
	f	Se utilice una bomba de infusión para administrar soluciones concentradas. Si no hubiera una bomba de infusión disponible, podrá tenerse en cuenta el uso de otros dispositivos de infusión, como un equipo Buretrol para administración (una sonda con un receptáculo en línea que limita el volumen que fluirá hacia el paciente), pero las infusiones de soluciones concentradas deberán controlarse a menudo.
	g	Una infraestructura de seguridad organizativa respalde la capacitación de personas cualificadas mediante normas, procedimientos, mejores prácticas y renovaciones anuales de certificaciones.
	h	Las órdenes del médico incluyan la velocidad de infusión de estas soluciones.

6.2.6 Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (2).

1	Asegurarse de que las organizaciones de atención sanitaria implementen sistemas estandarizados para reunir y documentar información sobre todos los medicamentos que actualmente toma cada paciente y proporcionar la lista de medicamentos resultante al o a los profesionales receptores en cada punto de transición asistencial (admisión, transferencia, alta, consulta ambulatoria).	
	a	Medicamentos recetados y sin receta (de venta libre), vitaminas, complementos nutricionales, alimentos potencialmente interactivos, preparaciones herbales y drogas ilegales.
	b	La dosis, frecuencia, vía de administración y hora de la última dosis, según corresponda. Siempre que sea posible, validación de la lista de medicamentos en el domicilio con el paciente y determinación del nivel actual de cumplimiento del paciente con la administración recetada.
	c	La o las fuentes de los medicamentos del paciente. Según corresponda, participación del o de los farmacéuticos de la comunidad del paciente o del o de los prestadores de atención primaria para la recolección y validación de la información de medicamentos domiciliarios.

2	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con normas y procedimientos claros implementados que requieran:	
	a	Que la lista de medicamentos actuales del paciente se exhiba sistemáticamente en un mismo lugar, bien visible (por ejemplo, en la historia del paciente), para que los médicos que emiten órdenes de medicamentos puedan acceder a ella fácilmente.
	b	El uso de la lista de medicamentos en el domicilio como referencia para su utilización en el momento del tratamiento en una clínica o unidad de emergencia, o en el momento de la admisión para internación.
	c	La conciliación de medicamentos (es decir, la comparación de la lista de medicamentos del paciente con los medicamentos que se están ordenando, a fin de identificar omisiones, duplicaciones, contradicciones entre los medicamentos del paciente y las afecciones, errores de administración y posibles interacciones) dentro de marcos de tiempo específicos (por ej., dentro de las 24 horas posteriores a la admisión; tiempos más breves para medicamentos de alto riesgo, variaciones de dosificación potencialmente graves y/o futuras horas de administración).

	d	Un proceso de actualización de la lista, a medida en la que se emiten nuevas órdenes, para reflejar todos los medicamentos que toma el paciente actualmente, incluyendo todo medicamento auto-administrado traído a la organización por el paciente.
	e	Un proceso para asegurar que, en el momento del alta, la lista de medicamentos del paciente esté actualizada para que incluya todos los medicamentos que el paciente deberá tomar después del alta, incluidos los nuevos y los que se sigan tomando, y los medicamentos "en el domicilio" que se hayan dejado de tomar y que ahora se vayan a tomar nuevamente. La lista debe comunicarse al o a los siguientes prestadores de atención, y también deberá ser entregada al paciente como parte de las instrucciones en el alta. Lo ideal sería que los pacientes desecharan los medicamentos que no seguirán tomando.
	f	Asignación clara de roles y responsabilidades para todos los pasos del proceso de conciliación de medicamentos a personas cualificadas, dentro de un contexto de responsabilidad compartida. Los mismos pueden incluir al prestador de atención primaria del paciente, otros médicos, enfermeros, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios. Las cualificaciones de las personas responsables deberán ser determinadas por la organización de atención sanitaria, dentro de los límites establecidos por las leyes y reglamentaciones correspondientes.
	g	Acceso a la información relevante y a los consejos de un farmacéutico en cada paso del proceso de conciliación, hasta donde sea posible.

3	Incorporar la capacitación sobre procedimientos de conciliación de medicamentos en el plan de estudios, orientación y desarrollo profesional permanente para los profesionales de atención sanitaria

6.2.7 Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos (2).

1	Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas y procedimientos implementados que:	
	a	Enfaticen al personal no clínico, a los pacientes y a los familiares que jamás deben conectar ni desconectar dispositivos. En todo caso deberán solicitar ayuda al personal clínico ante cualquier duda.
	b	Requieran el etiquetado de catéteres de alto riesgo (por ej., arteriales, epidurales, intratecales). Para estas aplicaciones debe evitarse el uso de catéteres con puertos de inyección.
	c	Exijan que los profesionales tracen todas las líneas desde su origen hasta el puerto de conexión, para verificar los acoplamientos, antes de hacer cualquier conexión o reconexión, o administrar medicamentos, soluciones u otros productos.
	d	Incluyan un proceso estandarizado de conciliación de líneas como parte de las comunicaciones de traspaso.
	e	Esto debe involucrar volver a verificar las conexiones de los tubos y el rastreo de todos los tubos y catéteres del paciente hasta sus orígenes cuando el paciente llegue a un nuevo entorno o servicio y en los cambios de turno del personal.
	f	Prohíban el uso de jeringas de conexión Luer estándar para la administración de medicamentos orales o alimentos por sonda.
	g	Prevean pruebas de aceptación y evaluaciones de riesgo (modo a prueba de fallos y análisis de efectos, etc.) para identificar el potencial de conexiones incorrectas al comprar nuevos catéteres y tubos.

2	Incorporar una capacitación sobre los peligros de conectar mal los tubos y los dispositivos dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los facultativos médicos y trabajadores de la atención sanitaria.

3	Promover la compra de tubos y catéteres que estén diseñados para mejorar la seguridad y evitar las conexiones incorrectas con otros dispositivos o tubos.

6.2.8 Usar una sola vez los dispositivos de inyección (2).

1	Promover el uso único de los dispositivos de inyección como prioridad de seguridad en los establecimientos de atención sanitaria, que requiera liderazgo y la participación activa de todos los trabajadores de la atención sanitaria de primera línea.

2	Elaborar programas de capacitación y recursos de información permanentes para trabajadores de atención sanitaria que se ocupen de:	
	a	Los principios de control de infecciones, prácticas de inyección seguras y manejo de desechos cortantes.
	b	La efectividad de los medicamentos no inyectables.
	c	La instrucción a los pacientes y a sus familias respecto a las alternativas del uso de medicamentos inyectables (por ej., medicamentos orales).
	d	Nuevas tecnologías de inyección (por ej., sistemas “sin agujas”).

3	Evaluar y medir la efectividad de la capacitación de los trabajadores de atención sanitaria sobre seguridad de las inyecciones.

4	Proporcionar a los pacientes y a sus familias información sobre:	
	a	Modalidades de tratamiento que sean tan efectivas como las inyecciones, a fin de reducir el uso de inyecciones.
	b	Transmisión de agentes patógenos a través de la sangre
	c	Prácticas seguras de inyección.

5	Identificar e implementar prácticas de manejo seguro de desechos que cubran las necesidades de las organizaciones de atención sanitaria individuales.

6	Promover las prácticas seguras como una actividad planificada y presupuestada que incluya la obtención de equipo.

7	Tener en cuenta específicamente la implementación de sistemas “sin agujas”.

6.2.9 Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud (2).

1	Promover la observancia de la higiene de las manos como prioridad del establecimiento de atención sanitaria; esto requiere apoyo de los dirigentes, apoyo administrativo y recursos económicos.

2	Adoptar a nivel nacional, regional e institucional las recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria, en especial lo relativo a la implementación de estrategias multidisciplinarias y multimodales de mejora de la higiene de las manos dentro de los establecimientos de atención sanitaria que incorporen:	
	a	Abastecimiento de lociones sanitarias para las manos con base de alcohol, fácilmente accesibles, en el punto de atención a los pacientes.
	b	Acceso a un suministro de agua seguro y continúo en todas las llaves/grifos, y las instalaciones necesarias para llevar a cabo la higiene de las manos.
	c	Instrucción a los trabajadores de la atención sanitaria sobre las técnicas correctas de la higiene de las manos.

	d	Exhibición de recordatorios que promuevan la higiene de las manos en el lugar de trabajo.
	e	Medición del cumplimiento de higiene de las manos a través de controles de observación y retroalimentación del desempeño a los trabajadores de la atención sanitaria.

3	Donde no haya lociones sanitarias para las manos con base de alcohol disponibles, o donde sean demasiado costosas, es preciso tener en cuenta la producción local de lociones sanitarias para las manos utilizando los medios descritos en la Formulación recomendada para antisepsia de las manos de la OMS: guía para la producción local

6.3 Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud

Tabla nº10: *Plan de Calidad para el SNS.*

Plan de Calidad para el SNS	
PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN	
Estrategia 1	Proteger la salud.
Estrategia 2	Salud y hábitos de vida.
FOMENTAR LA EQUIDAD	
Estrategia 3	Impulsar políticas de salud basadas en las mejores prácticas .
Estrategia 4	Analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género.
APOYAR LA PLANIFICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	
Estrategia 5	Adecuación de los recursos humanos a las necesidades de los servicios sanitarios.
FOMENTAR LA EXCELENCIA CLÍNICA	
Estrategia 6	Evaluar las tecnologías y procedimientos clínicos como soporte a las decisiones clínicas y de gestión.
Estrategia 7	Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios.
Estrategia 8	Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.
Estrategia 9	*Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías.*
Estrategia 10	Mejorar la práctica clínica.
UTILIZAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN	
Estrategia 11	Sanidad en Línea.
MAYOR TRANSPARENCIA	
Estrategia 12	*Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible.*

Fuente: Plan de Calidad para el SNS (23)

Tabla nº11: *Estrategia nº8 del Plan de Calidad del SNS.*

ESTRATEGIA 8.- MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SNS.	
1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.	
96	Difundir los resultados del Estudio Nacional de Efectos Adversos.
97	Realizar un estudio sobre la percepción de los profesionales del Sistema Nacional de Salud hacia la seguridad de pacientes.
98	Establecer una línea prioritaria de investigación básica y aplicada en seguridad de Pacientes a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

99	Realizar una Conferencia Internacional sobre Seguridad de Pacientes en el Sistema Nacional de Salud para analizar los avances y compartir con las Comunidades Autónomas, profesionales y expertos el diseño de nuevas estrategias en este campo.
100	Suscribir la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial sobre Seguridad de los Pacientes.
101	Diseñar y ofertar a los profesionales, herramientas de gestión clínica y seguridad.
102	Realizar una campaña de comunicación sobre seguridad de pacientes.
103	Elaborar una propuesta de medidas de mejora en materia de efectos adversos
2. Diseñar y establecer un sistema para la comunicación de los incidentes relacionados con la SP.	
104	Realizar un análisis de los sistemas de notificación de eventos adversos existentes y establecer un conjunto básico de indicadores mínimos en seguridad de pacientes.
105	Diseñar un sistema de notificación de efectos adversos a nivel del Sistema Nacional de Salud y en las diferentes Comunidades Autónomas.
3. Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en ocho áreas específicas.	
106	Prevenir los Efectos Adversos de la anestesia en cirugía electiva.
107	Prevenir fracturas de cadera en pacientes post quirúrgicos.
108	Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo.
109	Prevenir el Trombo-embolismo Pulmonar (TEP)/ Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía.
110	Prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.
111	Prevenir la cirugía en lugar erróneo.
112	Prevenir los errores debidos a medicación.
113	Asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.
4. Reforzar los sistemas de evaluación de la calidad para los centros y servicios de transfusión de sangre	
114	Elaborar los Criterios Comunes de Inspección y Acreditación de los Centros de Transfusión.
115	Establecer estrategias conjuntas con los profesionales sanitarios, asociaciones de donantes de sangre y Comunidades Autónomas para fomentar la donación de sangre y conseguir la autosuficiencia.
116	Crear el grupo de expertos en hemovigilancia, el cual realizará los siguientes proyectos: Celebración de un Foro-debate sobre hemovigilancia, para reforzar esta función abordando entre otros aspectos, la garantía y el refuerzo de los sistemas de trazabilidad de la sangre y los hemoderivados. Desarrollo de la aplicación informática para el sistema de información de efectos adversos en la transfusión. Conexión al Sistema de Alerta Europeo.
117	Desarrollar de sistema de intercambio de productos sanguíneos, que asegure el principio de solidaridad, mediante la creación de una Intranet específica para todo el Estado.
5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.	
118	Digitalizar el archivo de la coordinación de trasplantes.
119	Crear la unidad de registro de la Organización Nacional de Trasplantes.
120	Desarrollar un sistema de información integrado para la red de donaciones y trasplantes que forme parte del SI-SNS.
121	Acreditar centros de extracción, procesamiento y trasplante de progenitores hematopoyéticos.
122	Poner en marcha el sistema de codificación y trazabilidad en la obtención, procesamiento y utilización de células y tejidos (en aplicación de la Directiva 2004/23) mediante la tramitación y publicación de un Real Decreto.

Fuente: Estrategia nº8 del Plan de Calidad del SNS (23).

6.4 Escala NEWS (National Early Warning Score)

Tabla nº12: *Escala NEWS*

Parámetros fisiológicos	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Saturación de oxigeno	≤91	92-93	94-95	≥96			
Administración de Oxígeno		Si		No			
Temperatura	≤35.0		35.1-38.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Presión sistólica	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Frecuencia cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Nivel de conciencia				Alerta			Respone a voz, dolor o no responde a ningún estímulo.

Fuente: The NEWS initiative flowed from the Royal College of Physicians (50).

Tabla nº13: *Respuesta a la puntuación de la escala NEWS.*

Puntuación NEWS	Frecuencia de la monitorización	Respuesta clínica
0	Mínimo cada 12 horas	Continuar la monitorización de la escala NEWS con cada set de observaciones.
Total 1-4	Mínimo cada 4-6 horas.	Informar al profesional de enfermería que debe valorar al paciente. El profesional de enfermería tiene que decidir su aumentar la frecuencia de la monitorización y si necesita aumentar el nivel de cuidados o el traslado a otra planta de mayor observación.
Total 5 o más, o 3 en un parámetro	Aumentar la frecuencia a un mínimo de cada hora	El profesional de enfermería debe avisar urgentemente al equipo médico. Valoración holística por parte del equipo médico. Cuidado clínico en un área con posibilidad de monitorización continua.
Total 7 o más	Monitorización continua de los signos vitales	El Profesional de enfermería debe informar inmediatamente al equipo médico. Valoración de emergencia por el equipo médico con competencias de cuidado crítico. Considerar el traslado a una unidad de cuidados intensivos o de alta observación y monitorización.

Fuente: Clinical response for NEWS triggers (50).

6.5 Escala VIP (Visual Infusion Phlebitis).

Tabla nº14: *Escala VIP para la detección de la flebitis.*

Numero	Signos	Intervenciones
0	No se observa ningún signo de dolor o infección.	No hay signos de flebitis. Observar el punto de inserción.
1	Dolor/ eritema en torno al lugar de inserción.	Aparición de los primeros signos de flebitis. Observar el punto de inserción
2	Se observan dos de los siguientes signos: Dolor a lo largo del catéter. Eritema Inflamación	Signos de flebitis Remplazar el catéter.
3	Se observa: Dolor a lo largo del catéter. Eritema Inflamación	Flebitis instaurada. Remplazar el catéter y considerar tratamiento
4	Se observa: Dolor a lo largo del catéter. Eritema Endurecimiento Vena palpable	Flebitis avanzada y/o inicio de tromboflebitis. Remplazar el catéter y considerar tratamiento.
5	Se observa: Dolor a lo largo del catéter. Eritema Endurecimiento Vena palpable Fiebre	Estado avanzado de tromboflebitis. Iniciar tratamiento Reemplazar catéter.

Fuente: Phebiltis scale (51).