



SEGURETAT
DEL PACIENT
Atenció Primària de Mallorca

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023



G CONSELLERIA
O SALUT
I ATENCIÓ PRIMÀRIA
B MALLORCA

Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023

Autoría

- Etel Oliver Rosset, médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Son Rutlan (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Sara Guerrero Bernat, médica de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud Camp Redó (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Aina Soler Mieras, médica farmacóloga clínica del Gabinete Técnico de Atención Primaria de Mallorca. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Joan F. Cabrer Palomés, médico de medicina de familia y comunitaria del Centro de Salud S'Escorxador (Palma). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Antònia Roca Casas, directora médica de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con actividades referidas a esta materia.

Revisión externa

- Carlos Campillo Artero. Técnico de salud y coordinador autonómico de Seguridad del Paciente. Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Ignacio Ricci Cabello, investigador Miguel Servet de tipo I del Instituto de Investigación Sanitaria Islas Baleares (IdISBa) y de la Unidad de Investigación. Gerencia de Atención Primaria Mallorca
- Juana María Janer Llobera, médica de medicina de familia y comunitaria del Gabinete Técnico. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Carmen García Vázquez, médica de medicina de familia y comunitaria de la Unidad Básica de Salud de Badia Gran (Centro de Salud Trencadors). Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Ana Aurelia Iglesias Iglesias, farmacéutica de atención primaria del Sector sanitario de Llevant. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Rosa Duro Robles, subdirectora asistencial de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- María Asunción Boronat Moreiro, farmacéutica de atención primaria del Servicio de Farmacia de los Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Marta Fernández Tous, farmacéutica de atención primaria del Servicio de Farmacia de los Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Joana Maria Taltavull Aparicio, subdirectora de enfermería del Sector Sanitario de Ponent. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Maria Antònia Font Oliver, directora de enfermería. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

Revisión lingüística y maquetación

Bartomeu Riera Rodríguez. Técnico en asesoramiento lingüístico de los Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Edición

Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, octubre de 2018

ISBN

978-84-09-06781-7

Cómo citar este documento

OLIVER ROSSET, Etel; GUERRERO BERNAT, Sara; SOLER MIERAS, Aina; CABRER PALOMÉS, Joan F.; ROCA CASAS, Antònia. *Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2019-2023*. Palma: Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, 2018.

Presentación

Toda actividad sanitaria conlleva el riesgo de que se produzcan sucesos adversos, algunos de los cuales son inevitables, pero otros muchos son evitables. Un gran número de personas son atendidas y tratadas cada día en la atención primaria de Mallorca, y todas están expuestas al riesgo de que se produzcan eventos adversos, que afectan no solo a los pacientes y a sus familias sino también a los profesionales. A pesar del buen hacer de los profesionales sanitarios, este riesgo es inherente a toda actividad sanitaria a causa de su complejidad y sus características especiales, la introducción de nuevas tecnologías y el incremento constante del uso de los servicios sanitarios.

Una de las líneas estratégicas de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca es mejorar la seguridad de los pacientes basándonos en dos conceptos clave para minimizar los riesgos derivados de la actividad sanitaria: *primum non nocere* (ante todo no hacer daño) y ser capaces de aprender de los errores. El objetivo principal es prevenir los errores y los eventos adversos derivados de la actividad sanitaria a fin de ofrecer una atención primaria más segura.

En nuestro ámbito, los estudios concluyen que, aunque la práctica sanitaria es relativamente segura, la prevención de eventos adversos se perfila como una estrategia prioritaria debido al alto porcentaje de eventos evitables. Por este motivo es prioritario incidir en aspectos esenciales, como la instauración de prácticas seguras que reduzcan la probabilidad de que se produzcan eventos adversos, fomentar la cultura de la seguridad del paciente entre los propios pacientes y también entre los profesionales y garantizar la formación sobre la de detección de errores, sobre el registro sistemático de estos y sobre el análisis de las causas como herramienta de aprendizaje para los profesionales.

Este PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019-2023 marca el rumbo que nos hemos fijado: ofrecer una atención sanitaria más segura.

Miquel Caldentey Tous

Director gerente de Atención Primaria de Mallorca

Índice de contenidos

Introducción.....	10
Línea estratégica 1 Cultura de la seguridad del paciente.....	17
Línea estratégica 2 Unidad de gestión de los riesgos	23
Línea estratégica 3 Comunicación entre profesionales y pacientes.....	28
Línea estratégica 4 Continuidad asistencial.....	30
Línea estratégica 5 Prácticas seguras.....	33
Línea estratégica 5.1 Identificación inequívoca de pacientes	33
Línea estratégica 5.2 Cuidados seguros: úlceras por presión.....	34
Línea estratégica 5.3 Uso seguro de los medicamentos.....	35
Línea estratégica 5.4 Prevención de infecciones.....	38
Línea estratégica 5.5 Cirugía menor segura.....	40
Línea estratégica 6 Entorno seguro	42
Línea estratégica 7 Evitar intervenciones innecesarias.....	43
Línea estratégica 8 Fomentar la investigación.....	45
Línea estratégica 9 Pacientes por la seguridad del paciente.....	47
Glosario.....	49
Bibliografía.....	51

Introducción

A causa de la compleja interacción de relaciones humanas, tecnología, condiciones de los pacientes y conocimientos disponibles, los sistemas sanitarios son organizaciones de alto riesgo, en que es frecuente que se produzcan daños innecesarios e involuntarios a los pacientes.

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende por *seguridad del paciente* la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, teniendo en cuenta los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención.

Aunque el principio de no maleficencia es uno de los pilares de la atención sanitaria, probablemente desde los inicios de la medicina no ha habido una verdadera percepción de los riesgos que conlleva la propia atención ni de los daños no intencionados que el paciente puede sufrir, o esa percepción estaba limitada, si acaso, a asumir que los riesgos eran causados por errores individuales de los profesionales sanitarios, no por problemas del propio sistema ni por cómo se organiza la atención.

No fue hasta 1999, con la publicación del informe “To err is human” (‘errar es humano’) a cargo del Instituto Americano de Medicina cuando se puso de manifiesto la magnitud del problema al revelar el gran impacto que los daños asociados a la atención sanitaria tienen en los pacientes, los profesionales, las organizaciones sanitarias y la sociedad.¹

Desde entonces, la preocupación por la seguridad del paciente ha orientado las políticas de calidad de las principales organizaciones sanitarias internacionales, que han desarrollado estrategias y recomendaciones para fomentar el control de los daños evitables en la práctica clínica.²

En mayo de 2004, la Organización Mundial de la Salud apoyó la creación de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente con el objetivo de liderar una estrategia entre países, organismos internacionales y otros interesados que permitiera desarrollar programas para mejorar la seguridad de los cuidados sanitarios en el mundo. Se propusieron diez programas de actuación prioritarios:

1. **“Reto global por la seguridad del paciente”**: en 2017, la Organización Mundial de la Salud anunció la puesta en marcha del tercer reto mundial por la seguridad del paciente, denominado “Medicación sin daños”, cuyo objetivo a cinco años vista es reducir en un 50 % la carga mundial de efectos nocivos yatrógenos causados por los medicamentos. La Organización Mundial de la Salud aspira a lograr un alcance y un impacto mundiales similares a los conseguidos en los dos retos mundiales anteriores, “Una atención más limpia es una atención más segura” y “La cirugía segura salva vidas”.³
2. **“Pacientes por la seguridad del paciente”**: la voz de los pacientes debe estar en el centro del movimiento mundial.
3. **“Sistemas de notificación y aprendizaje”**: promover estos sistemas y analizarlos a fin de que permitan identificar las causas y los factores de riesgo que subyacen en los problemas de seguridad y propiciar el aprendizaje y la acción preventiva.
4. **“Taxonomía”**: definir y armonizar conceptos conocidos pero aún no definidos como una herramienta clave para desarrollar un sistema aceptado internacionalmente para clasificar la información en materia de seguridad del paciente y promover un aprendizaje más efectivo.

5. **“Investigación”**: fomentar proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria y reducir los daños ocasionados a los pacientes a escala mundial.
6. **“Soluciones de seguridad”**: colaborando con la Joint Commission International se pretende diseñar intervenciones de eficacia demostrada en materia de prevención y minimización de daños al paciente.
7. **“Seguridad en acción”**: centrado en difundir e implementar las mejores prácticas en las organizaciones, los equipos de trabajo y en la práctica clínica y convertir en una realidad la mejora en la seguridad del paciente.
8. **“Tecnología y educación para la seguridad del paciente”**: uso de las oportunidades tecnológicas en beneficio de la seguridad del paciente.
9. **“Seguridad del paciente y cuidados de los pacientes críticos”**: mejorar la asistencia e identificar las prioridades clave en materia de seguridad de este tipo de pacientes.
10. **“Conocimiento sobre seguridad del paciente a tu alcance”**: líneas de trabajo para obtener y compartir el conocimiento en esta materia desarrollado globalmente.

Otros organismos se han ido adhiriendo a los proyectos de seguridad del paciente dada la relevancia que esta ha ido adquiriendo a lo largo del tiempo. En España, desde 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo (actualmente Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) impulsó y promovió —en el marco del Plan de Calidad— la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, desarrollada en colaboración con las comunidades autónomas, la cual integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes mediante sus organizaciones. Tras diez años de desarrollo, se planteó una actualización para el periodo 2015-2020 con el fin de tener un instrumento que diera una visión general de lo que se ha realizado y facilitara la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.⁴

La bioética como base de la seguridad del paciente

Procurar beneficios a las personas y no provocarles daños evitables o innecesarios es uno de los deberes éticos de la medicina. Ambos principios, el de beneficencia y el de no maleficencia, se aúnan en el clásico *primum non nocere*. Los principios que rigen la práctica de la medicina se relacionan directamente con la atención segura al paciente: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía hablan el lenguaje de la seguridad.

La asistencia segura implica necesariamente evitar el daño y procurar el bien del paciente. En virtud del principio de autonomía del paciente, hay que tomar en consideración su voluntad y promover que se implique en la toma de decisiones que puedan afectar a su salud.

De acuerdo con las estimaciones más conservadoras, los daños a los pacientes durante la atención sanitaria son la decimocuarta causa de morbilidad en todo el mundo⁵ y la tercera causa de muerte en los Estados Unidos.⁶ En este sentido, organizaciones y profesionales tienen la obligación de reparar el daño causado en virtud del principio de beneficencia.

No solo los profesionales son responsables de la seguridad del paciente: las organizaciones tienen para con sus usuarios las mismas obligaciones éticas; cobra especial relevancia el principio de justicia, ya que los costes de la falta de seguridad —dado su gran impacto económico y social— repercuten en el conjunto de los usuarios del sistema sanitario y, además, tiene un elevado coste de oportunidad. En

todo el mundo, la gestión de todos los aspectos de los eventos adversos representa el 15 % del gasto sanitario.⁷

El paciente que sufre un evento adverso se encuentra en una situación de vulnerabilidad que exige delicadeza y consideración máximas; en este contexto se habla de “primera víctima”. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no es la única víctima del incidente, pues el profesional sanitario resulta afectado habitualmente por los eventos adversos en los que está implicado y a menudo experimenta sentimientos muy similares a los del paciente; en este caso se habla de “segunda víctima”. En ambos casos hay que valorar de manera global la reparación del daño considerando aspectos económicos, emocionales y el impacto sobre la organización, que es la “tercera víctima”.⁷

Seguridad del paciente y calidad asistencial

La calidad asistencial es el pilar fundamental de la atención sanitaria, junto con la sostenibilidad del sistema. Una de las definiciones de *calidad asistencial* citada más habitualmente es la formulada por el Institute of Medicine en 1996: “grado en que los servicios de salud para los individuos y para la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son al mismo tiempo coherentes con el conocimiento científico actual”.⁸

Las dimensiones que la calidad asistencial engloba se resumen en los aspectos siguientes:

- **Efectividad:** proporciona atención sanitaria basada en la evidencia, que produce resultados en la mejora de la salud para las personas y para la comunidad acorde a sus necesidades.
- **Eficiencia:** procura atención sanitaria maximizando los recursos y evitando el gasto innecesario. Relaciona los costos generados con los resultados o beneficios obtenidos.
- **Accesibilidad:** permite la atención sanitaria a tiempo, geográficamente razonable y en un lugar donde las técnicas y los recursos son apropiados a las necesidades de salud destacadas.
- **Equidad:** procura atención sanitaria que no varía de calidad a causa de las características personales, como el sexo, la etnia, la situación geográfica o el estatus socioeconómico.
- **Aceptabilidad:** proporciona atención sanitaria teniendo en cuenta las preferencias y las expectativas del usuario y la cultura de la comunidad a la que pertenece.
- **Seguridad:** procura atención sanitaria que minimiza los riesgos y los daños a los usuarios de los servicios.

La gestión de la calidad tiene como objetivo central garantizar un nivel adecuado de calidad de un centro y estructurar las actividades encaminadas a tal fin: la acreditación, la certificación fundamentada en la homologación, la normalización o cumplimiento de unas normas y la autoevaluación y el reconocimiento de la excelencia en el funcionamiento a partir del Modelo Europeo de Gestión de Calidad (EFQM), un sistema de autoevaluación desarrollado en el ámbito europeo.

La acreditación es un proceso por el que un centro sanitario se somete a un procedimiento de verificación externo a cargo de un organismo acreditado con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de criterios y de estándares de calidad establecidos previamente por un órgano independiente; tras verificar los resultados obtenidos, se emite el dictamen de acreditación correspondiente.

Además de las actuaciones institucionales y la ayuda que proporcionan los organismos acreditados, en un nivel más específico hay instrumentos que tiene la finalidad de analizar sistemáticamente los procesos de salud y valorar los planes de mejora. Uno de los más útiles es el ciclo de Deming (basado en un concepto ideado por Walter A. Shewhart) de mejora de la calidad, también conocido como PDCA (por las iniciales en inglés de *plan-do-check-act*, 'planificar-hacer-revisar-actuar').

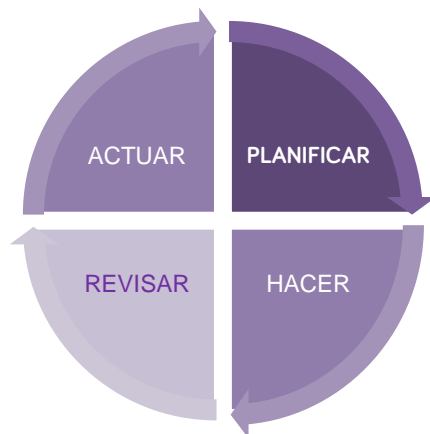


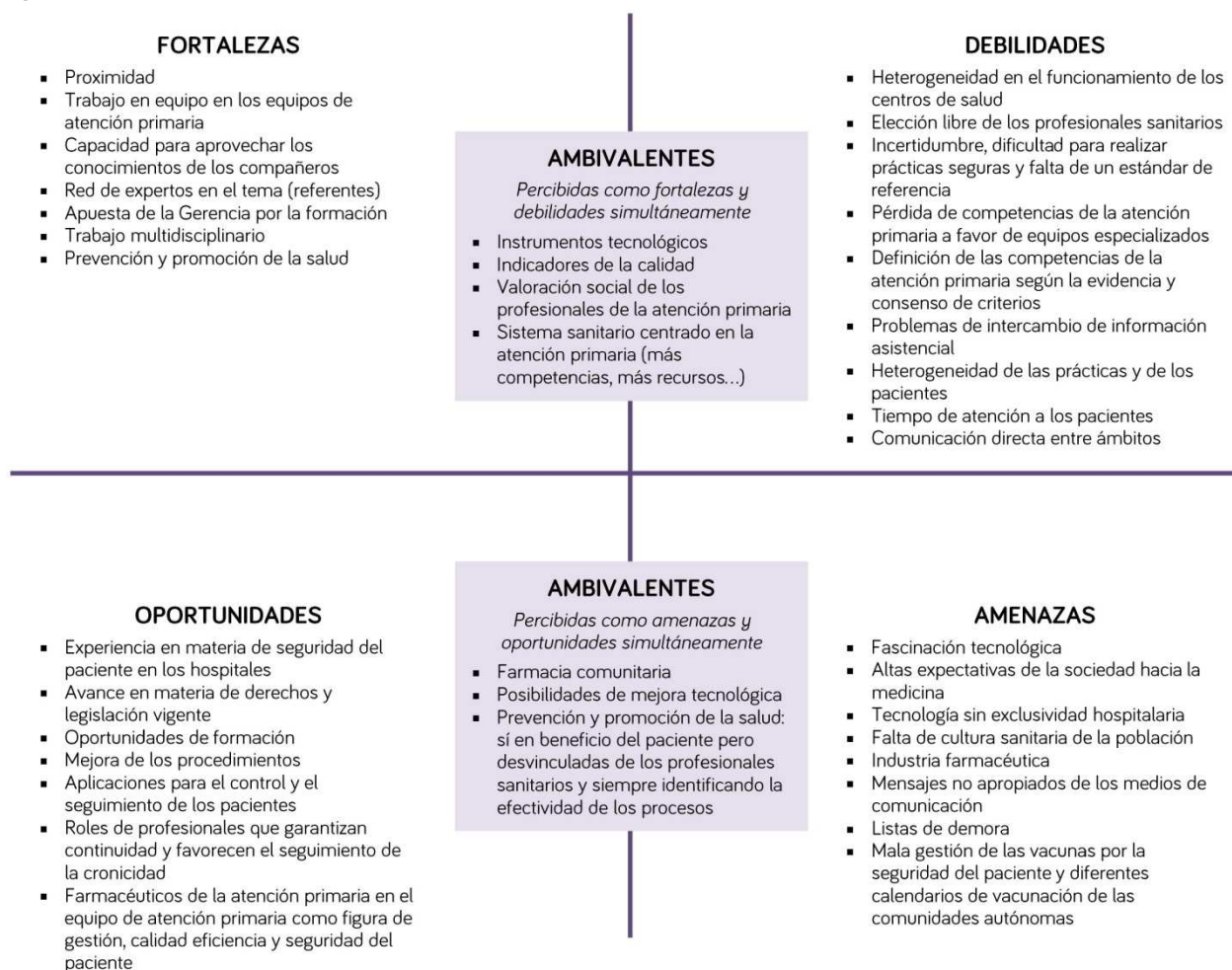
Figura 1. Ciclo de Deming de mejora de la calidad.

Para identificar problemas de calidad, oportunidades de mejora y análisis de los factores condicionantes existen estas herramientas, entre otras: grupo nominal, método Delphi, diagramas de flujo, gráficos de tendencia, diagramas de causa-efecto como el de Ishikawa o en espina de pescado, análisis modal de fallos y efectos (AMFE) o los sistemas de vigilancia, que son herramientas imprescindibles para trabajar en la mejora de la seguridad del paciente.⁹

Situación actual en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

En el contexto del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente se hizo un análisis de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca con el objetivo de tener una visión global previa a la formulación y la implantación de estrategias. Se utilizó el análisis DAFO para determinar las debilidades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. La situación interna se compone de dos factores controlables (fortalezas y debilidades) mientras que la situación externa se compone de dos factores no controlables (oportunidades y amenazas) En la figura 2 se muestran dichos factores por orden de relevancia.

Figura 2. Resultados del análisis DAFO de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.



Este análisis fue realizado en noviembre de 2017 por dos médicas de familia con el apoyo de un técnico de salud, e incluyó profesionales sanitarios de diferentes estamentos de la Gerencia.

Estos son los puntos clave que surgieron del análisis DAFO:

- Importancia del farmacéutico de atención primaria en el equipo de atención primaria.
- Necesidad de mejorar la continuidad asistencial.
- Mejora de los aspectos tecnológicos y del equipamiento.
- Estabilización de los equipos de atención primaria.
- Adquisición de conocimientos y habilidades por parte de los pacientes.
- Notificación de incidencias como herramienta de aprendizaje.
- Aumento de la propuesta formativa a los profesionales en materia de seguridad del paciente.

En el último trimestre de 2016, la Gerencia de Atención Primaria también analizó la cultura de los profesionales de la Gerencia sobre la seguridad de los pacientes. Para ello llevó a cabo una encuesta con el objetivo de valorar la cultura y el clima de seguridad del paciente usando un cuestionario de carácter voluntario y anónimo sobre seguridad del paciente en la atención primaria —versión modificada del Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS-AHRQ) — distribuido por los responsables de la seguridad del paciente de cada centro y acompañado de una presentación explicativa. Constaba de 52 preguntas y estaba diseñado para medir doce dimensiones relativas a la

cultura de la seguridad del paciente (formación del personal, procedimientos establecidos en el centro y comunicación acerca del error están desdobladas para el personal sanitario y el no sanitario).

Aun teniendo en cuenta las limitaciones de este tipo de estudios de opinión, entre los resultados que se obtuvieron destacan los siguientes:

- Valoración global sobre la seguridad del paciente:
 - Excelente.....4 %
 - Muy buena21 %
 - Buena.....51 %
 - Regular.....19 %
 - Pobre5 %
- Valoraciones sobre la cultura de la seguridad del paciente (porcentaje de respuestas de “buena”, “muy buena” o “excelente”):
 - Trabajo centrado en el paciente85 %
 - Basada en el conocimiento científico87 %
 - Minimiza demoras/esperas innecesarias.....70 %
 - Cuidados eficientes.....73 %
 - Calidad asistencial equitativa.....95 %
- Dimensiones de la cultura de la seguridad:
 - Trabajo en equipo69 %
 - Seguimiento de la atención a pacientes.....63 %
 - Aprendizaje relativo a la organización.....58 %
 - Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.....60 %
 - Formación del personal no sanitario.....45 %
 - Apoyo de los responsables del centro en materia de seguridad del paciente.....60 %
 - Comunicación acerca del error54 %
 - Comunicación franca52 %
 - Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.....62 %
 - Procedimientos establecidos en el centro.....45 %
 - Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.....39 %
 - Ritmo y carga de trabajo.....22 %

De esta evaluación inicial destaca una buena percepción del trabajo centrado en el paciente, basado en el conocimiento científico y en ofrecer una calidad asistencial equitativa. Los dos aspectos con una valoración más baja señalada por los profesionales son la eficiencia de los cuidados y la minimización de las demoras o esperas innecesarias. A pesar de ello, en todas las dimensiones de la cultura de la seguridad hay un potencial de mejora importante.

Justificación del PLAN ESTRATÉGICO

La atención primaria no tiene un objetivo exclusivamente curativo sino que, muy al contrario, su mayor actividad debe desarrollarse en las áreas promotora, preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa, esferas también por incluir en la seguridad del paciente.¹⁰

No habrá sistema sanitario de calidad sin calidad en el primero y más amplio de sus niveles, el de la atención primaria. Y no habrá calidad en la atención primaria sin un entrenamiento específico de los profesionales en la exploración de los valores de los pacientes y de sus familiares y la gestión adecuada de sus conflictos. Históricamente, la seguridad del paciente ha estado más vinculada al ámbito hospitalario; así pues, acogiéndonos a las bases que se proponen en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente de ámbito estatal, nos adherimos a la necesidad de elaborar un plan estratégico únicamente orientado a la atención primaria, aceptando el reto que supone la escasa

experiencia de que disponemos y justificándolo por la necesidad de respuesta de los equipos de atención primaria a los cambios continuos que acontecen en la sociedad y en la práctica clínica.⁴ Aunque sea un reto, desde la Gerencia de Atención Primaria creemos que también es totalmente necesario impregnar a nuestros profesionales de la cultura de la seguridad del paciente. Tradicionalmente, en la sanidad el error se ha vivido como un fracaso, aunque sin reconocer el error no se pueden poner los medios para evitar que los daños sean irreparables o para, analizándolo, evitar que en el futuro vuelva a ocurrir. Es indispensable tener sistemas de declaración voluntaria de incidentes en la atención primaria (por supuesto, no punitivos).

Este PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019-2023 tiene el objetivo principal de prevenir y minimizar los errores y los eventos adversos derivados de la actividad sanitaria a fin de ofrecer una atención primaria más segura. Se elabora con la intención de ser una herramienta de apoyo para los profesionales de la atención primaria, trabajando en la seguridad del paciente como elemento fundamental de la calidad asistencial, lo cual beneficiará tanto a los pacientes como a los profesionales de los equipos de atención primaria y al Servicio de Salud.

Estos son los objetivos generales:

- Desarrollar y mejorar los procesos de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca para proporcionar una atención y unos cuidados seguros, de manera que se minimicen los efectos adversos atribuibles a aquellos.
- Establecer un sistema adecuado de gestión de los riesgos incentivando la formación, el conocimiento y el análisis de los posibles incidentes con el fin de aprender de ellos y aplicar las soluciones que minimicen la ocurrencia.
- Fomentar el uso generalizado de buenas prácticas acordes con la evidencia científica disponible, enfocadas a satisfacer las expectativas y las preferencias de los pacientes, en el contexto de una organización asistencial adecuada.

El PLAN ESTRATÉGICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019-2023 recoge estas líneas estratégicas:

- Línea estratégica 1: cultura de la seguridad del paciente
- Línea estratégica 2: unidad de gestión de los riesgos
- Línea estratégica 3: comunicación entre profesionales y pacientes
- Línea estratégica 4: continuidad asistencial
- Línea estratégica 5: prácticas seguras
- Línea estratégica 6: entorno seguro
- Línea estratégica 7: evitar intervenciones innecesarias
- Línea estratégica 8: fomentar la investigación
- Línea estratégica 9: pacientes por la seguridad del paciente

Línea estratégica 1

Cultura de la seguridad del paciente

“Hay algunos pacientes a quienes no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar.”

Dr. Arthur L. Bloomfield (1888-1962)

Se entiende por *cultura* las actitudes y los comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización. Una verdadera cultura de la seguridad implica estas características:

- El reconocimiento de las responsabilidades en la seguridad del paciente sin dejar de ser consciente de que las cosas pueden ir mal y que sucederán errores e incidentes en la atención sanitaria.
- El enfoque al sistema: los eventos adversos no solo están ligados a la persona sino que son consecuencia de una concatenación de fallos latentes.
- Transparencia: para mejorar la seguridad del paciente es fundamental informar precozmente al paciente y a su familia sobre el error y durante todo el proceso.
- Actuar gestionando riesgos de forma proactiva, devolviendo la información a los profesionales y ofreciéndola óptimamente al paciente.
- No eludir la responsabilidad de los actos propios.
- La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad y la atención del paciente mejoran.

Desde el análisis de fallos se promueve una mejora continua¹¹ por medio de estas acciones:

- Reducir la recurrencia y la gravedad de los eventos aprendiendo de ellos e implementando estrategias de mejora (prevención).
- Lograr reducir los costes derivados de los eventos adversos y de los recursos requeridos para gestionarlos (costes sociales, como incapacidades temporales, quejas, reclamaciones, etc.).

La cultura de la seguridad en una organización se representa en ocasiones como una escalera en la que, a medida que se suben peldaños, se gana confianza del paciente [véase la figura 3].¹²

Figura 3. Escala de la cultura de la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias.

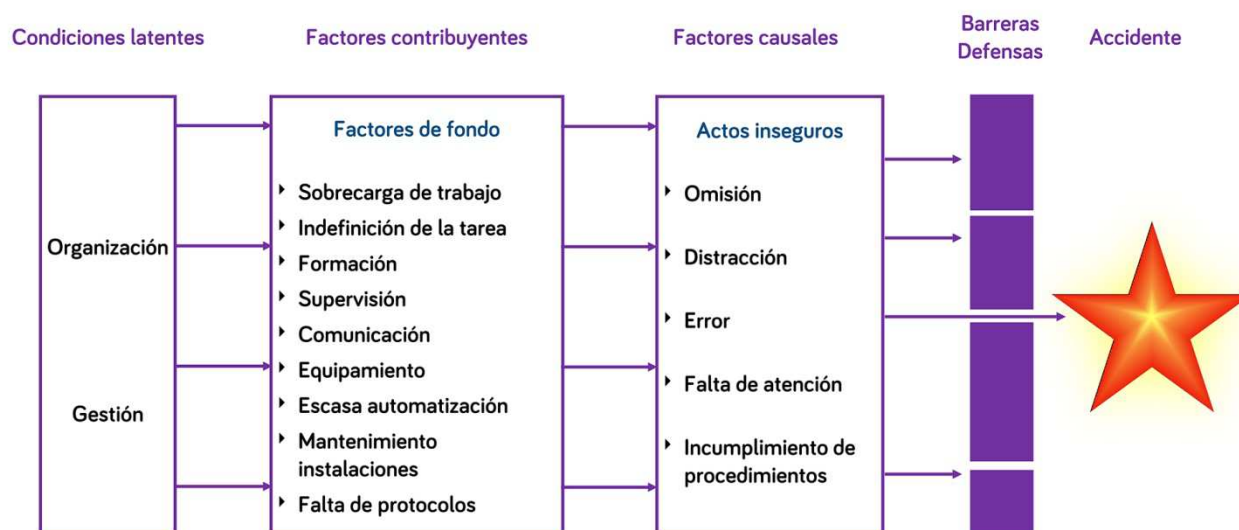


En el ámbito de la seguridad del paciente, cuando se producen eventos adversos se detectan estos cuatro componentes [véase la figura 4]:

1. Condiciones latentes en el sistema: son las que en cualquier momento de la asistencia sanitaria o en su planificación generan una situación propicia a la producción de errores, como la planificación inadecuada de los turnos laborales, el establecimiento de procedimientos inadecuados y las vías de comunicación ineficientes.
2. Factores contribuyentes: están relacionados con los profesionales, el ambiente de trabajo, la comunicación, el entorno, los factores sociales, los recursos del sistema y del paciente, etc.
3. Factores causales: son los fallos activos —por acción o por omisión— del profesional que está en contacto directo con el paciente, que suponen la causa inmediata del evento adverso. Se incluyen no solo las acciones deliberadas sino también las que se producen por inexperiencia o por una sobrevaloración de las habilidades propias.
4. Fallos en las barreras del sistema.¹³

Figura 4. Componentes de los acontecimientos adversos.

Componentes de los acontecimientos adversos



Cultura de la seguridad en la atención primaria

La seguridad del paciente es una disciplina que surgió de las preocupaciones médico-jurídicas relativas al riesgo de sufrir eventos adversos específicos y fácilmente identificables, la mayoría de ellos relativos a la atención hospitalaria acotada en un lapso de tiempo y en unas condiciones controladas. Por el contrario, en la atención primaria los pacientes son atendidos durante largos períodos de tiempo y los problemas de seguridad que surgen tienen un carácter muy diferente, por lo que algunos autores replantean el término *seguridad del paciente* como la gestión del riesgo a lo largo del tiempo.¹⁴

Tradicionalmente, la atención primaria ha tenido prioridades como la accesibilidad y la calidad general de la atención y no ha sido considerada desde el punto de la seguridad del paciente como una fuente importante de eventos adversos. Sin embargo, los datos obtenidos del estudio APEAS —estudio sobre la seguridad de los pacientes en la atención primaria de salud, el primero en España para estimar la magnitud de los eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria en la atención primaria— muestran una realidad distinta:¹⁵ el estudio detectó una prevalencia de 11,2 eventos adversos por cada 1.000 visitas. Según sus factores causales, la mayoría de los casos estaban relacionados con la medicación (48,2 %), aunque otros factores destacables fueron los cuidados (25,7 %) y la comunicación (24,6 %). También se constataron casos relacionados con el diagnóstico (13,1 %), la gestión (8,9 %) y otras causas (14,4 %). La gran mayoría de los eventos adversos (70,2 %) se consideraron claramente evitables, poco evitables el 23,1 % y completamente inevitables el 6,7 %. La evitabilidad de los eventos adversos se relacionó con la gravedad, de tal forma que eran evitables el 65,3 % de los eventos adversos leves, el 75,3 % de los moderados y el 80,2 % de los graves, y esta diferencia fue estadísticamente significativa (p-valor < 0,001).

Los resultados del estudio APEAS ponen de relieve que la práctica sanitaria en la atención primaria es razonablemente segura: la frecuencia de los efectos adversos es baja y predominan los de carácter leve. A pesar de ello, dada la alta frecuentación en este ámbito asistencial, aunque la frecuencia de los eventos adversos sea relativamente baja, de manera absoluta son numerosos los pacientes afectados.

Si se generalizasen los resultados al conjunto de la población, podrían verse afectados 7 de cada 100 usuarios al año, por término medio. Otra conclusión destacable de dicho estudio es que la prevención de los efectos adversos en la atención primaria emerge como una estrategia prioritaria, ya que el 70 % son evitables, y lo son aun más cuanto más graves son. Este hecho abre la vía para incrementar la seguridad clínica a pesar de los buenos resultados obtenidos relativos a la seguridad del paciente en la atención primaria.

Hay pocos estudios sobre los eventos adversos en la atención primaria, y objetivan resultados dispares, dada la falta de sistemas estandarizados para definirlos. Otra limitación de los estudios es que suelen centrarse en los errores dentro de un período de tiempo concreto y no detectan los problemas que solo se hacen patentes a largo plazo —como el diagnóstico erróneo o tardío—, que son más importantes en los análisis de los litigios y las reclamaciones. Un estudio observó que las demandas por negligencia médica en la atención primaria tenían como alegación más común la falta de diagnóstico o el diagnóstico tardío de cáncer y de enfermedades cardíacas (hasta el 40 % del total).¹⁶⁻¹⁷

La mitad de la carga mundial de enfermedad derivada del daño del paciente se produce en la atención primaria y ambulatoria; a pesar de que los daños en este entorno son menos visibles que los producidos en el entorno hospitalario dado el gran volumen de atención que se presta en aquel ámbito, no se puede ignorar la cantidad acumulada de daños, la mayoría de los cuales son evitables. Además, dado que las necesidades de salud de la población son cada vez más complejas, puede esperarse que aumenten la ocurrencia y las consecuencias del daño, a menos que se tomen medidas concretas.¹⁸

En cuanto a la opinión de los profesionales de la atención primaria sobre la seguridad del paciente, en 2014 se publicó un estudio de alcance estatal que indicaba que su percepción de la cultura de la seguridad del paciente en la atención primaria es buena en España. Las dimensiones mejor valoradas fueron los “aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad en la consulta”, el “seguimiento de la atención a los pacientes” y el “intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, encontrándose también áreas de mejora tales como el ritmo y la carga de trabajo.¹⁹

En todos los países, la atención primaria se enfrenta a enormes retos porque aumenta su complejidad: incremento de la esperanza de vida (pluripatología y polimedicación), sobrecarga asistencial, aumento de las tareas transferidas desde la atención hospitalaria y burocratización de las consultas, entre otras causas, sin olvidar la incertidumbre inherente al trabajo en la atención primaria.

La atención primaria no segura o ineficaz aumenta la morbilidad y la mortalidad prevenibles y puede conducir al uso innecesario de recursos hospitalarios y especializados que son escasos. Así pues, es primordial mejorar la seguridad en la atención primaria para garantizar la cobertura universal de la salud y la sostenibilidad de asistencia sanitaria.²⁰

A pesar de todo, según el informe SESPAS 2012 la función de filtro que ejerce el médico / la médica de familia disminuye la yatrogenia del acceso directo hospitalario, mejora el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas hospitalarios, previene la fascinación tecnológica y ayuda a la sostenibilidad y la eficiencia del sistema sanitario. La asignación de una lista de pacientes (cupos) por médico/médica favorece la longitudinalidad de la atención, lo cual mejora la respuesta a las necesidades del paciente y su identificación correcta, mejora la tasa de hospitalización y probablemente disminuye los riesgos asistenciales.⁸ La flexibilidad, la diversidad y el enfoque personalizado para cada paciente —que los facultativos de la atención primaria consideran, con razón, una virtud— hacen que resulte muy difícil definir el error y los eventos adversos de una manera fundada y coherente.¹¹

Por todo eso es prioritario desarrollar estrategias de vigilancia y de respuesta en el nivel primario de la asistencia sanitaria. Para ello, la cultura de la seguridad no solo abarca los pacientes y los profesionales sino también las instituciones, que no solo tienen la responsabilidad de promover la cultura de la seguridad del paciente sino también de elaborar planes de actuación implicando a sus directivos y cuidando la reputación de los profesionales y de los centros.²¹

La seguridad del paciente en la organización y tarea de liderazgo

El liderazgo es un punto clave para desplegar la cultura de la seguridad en la organización. El objetivo es conseguir un entorno abierto y justo (al cambio, a la escucha, a la comunicación, al entusiasmo por la mejora continua) y a la vez transmitir la voluntad de compromiso con el proyecto.

Estas son las funciones del líder:

- Fomentar la cultura de la seguridad del paciente.
- Liderar su equipo:
 - Designando responsables y delegando trabajos que puedan hacerse de forma compartida entre los responsables de la seguridad del paciente.
 - Haciendo reuniones de seguimiento y manteniendo contacto directo con los responsables.
 - Incorporando la seguridad del paciente a la formación del personal actual y de las nuevas incorporaciones.
- Integrar la gestión de los riesgos en la gestión global de la organización.
- Promover la comunicación de los eventos adversos.
- Aprender de los errores, transmitir al personal cómo y por qué suceden los eventos adversos, y familiarizarlo en el uso de herramientas de trabajo de tipo AMFE o análisis causa-raíz (ACR).⁷

Objetivos

1. Fomentar y difundir la cultura de la seguridad entre profesionales, usuarios y personas cuidadoras.
2. Establecer el liderazgo como un factor fundamental para abordar la seguridad del paciente.

Acciones

1. Hacer un análisis de la situación sobre la cultura de la seguridad en la organización sanitaria. Crear un circuito para garantizar que periódicamente se hagan encuestas sobre la seguridad del paciente y difundir los resultados.
2. Fomentar la formación continuada de los profesionales en materia de seguridad del paciente.
3. Crear la estructura necesaria para desarrollar e implementar la seguridad del paciente en la atención primaria dentro de la organización.
4. Fomentar la comunicación de los eventos adversos dentro del propio equipo de atención primaria y poner en común experiencias con otros equipos.
5. Difundir las buenas prácticas mediante la Comisión de Seguridad del Paciente y los responsables de seguridad de los centros de salud.

Indicadores

1. Informe sobre cultura de la seguridad elaborado a partir de encuestas a profesionales con periodicidad bienal de manera que permita comparar resultados.
2. Porcentaje de profesionales que reciben formación continuada en materia de seguridad del paciente, por sectores.
3. Número de sesiones de comunicación y actividades realizadas para difundir buenas prácticas sobre la seguridad del paciente en el equipo de atención primaria.
4. Convocatoria y acta de creación de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, elaboración de procedimientos normalizados de trabajo y redacción de la memoria anual.

Línea estratégica 2

Unidad de gestión de los riesgos

“Cualquiera puede cometer un error, pero solo los necios perseveran en él.”

Marco Tulio Cicerón, jurista, político, filósofo, escritor y orador romano (106-43 AEC)

La gestión integrada del riesgo es el proceso de identificación, análisis, evaluación y planificación de todos los riesgos potenciales y de los incidentes relativos a la seguridad del paciente que se dan en cualquier nivel de la organización, además del control y el seguimiento. Actualmente es bien sabido que la asistencia sanitaria implica gran variedad de riesgos y que cualquier desarrollo, cambio o innovación introduce nuevos riesgos. Sin embargo, la mayor parte de los incidentes se producen siguiendo patrones recurrentes.

Históricamente, los errores del sistema sanitario han sido analizados retrospectivamente por comités de mortalidad y por medio del análisis de las reclamaciones. Hoy en día la frecuencia y la distribución del riesgo asistencial pueden estimarse por medio de distintos tipos de estudios, que permiten caracterizar el daño e identificar las circunstancias que le confieren un carácter evitable. De ahí la importancia que adquieren los sistemas de aprendizaje, pues sirven para potenciar y favorecer la cultura del cambio en el conjunto del entorno asistencial.²²

Para explicar de una manera gráfica las distintas fases y las herramientas utilizadas en cada una de ellas, proponemos el modelo de trabajo que se muestra en la figura 5:

Figura 5. Modelo de trabajo en relación con la seguridad del paciente.



AMFE: análisis modal de fallos y efectos. ACR: análisis causa-raíz.

Estas son también funciones de la gestión integrada de riesgos:

- Incorporar prácticas innovadoras que supongan una mejora en el rendimiento, con costes, resultados y niveles de riesgo aceptables.
- Ofrecer asesoramiento a las organizaciones para afrontar el impacto de los sucesos inesperados.
- Ayudar a establecer prioridades facilitando la toma de decisiones. Todo ello se realiza combinando el aprendizaje reactivo, basado en el análisis de las cosas que han ido mal (ACR) con el proactivo y basado en la prevención de riesgos potenciales (AMFE).
- Mejorar la información y la formación en materia de seguridad del paciente.
- Elaborar mapas de riesgos, que resumen en una representación gráfica las características, las especificaciones y los elementos que integran un proceso y las circunstancias con probabilidad potencial de producir un daño o distorsionar los resultados previstos y sobre los cuales se puede actuar para minimizar su impacto.²³
- Mejorar la confianza de los pacientes y la opinión pública en general.

Unidades funcionales de gestión de los riesgos sanitarios

Las unidades funcionales de gestión de los riesgos sanitarios surgen en el entorno hospitalario de los Estados Unidos y del Reino Unido; en España la experiencia es relativamente reciente. Estas unidades están compuestas por un conjunto de profesionales —incluidos directivos— cuyo objetivo es identificar, evaluar, analizar y tratar los riesgos sanitarios para mejorar la seguridad del paciente. Su estructura debe tener un número manejable de integrantes, ha de dar cabida a los diferentes profesionales. También debe centralizar y dinamizar la realización de un conjunto de acciones que permitan implantar la gestión de los riesgos, y aunque no garanticen la ausencia de efectos adversos, deben intentar acotar su prevención o reducción, dentro de costes sostenibles.²⁴ A la hora de crear una unidad funcional de gestión de los riesgos sanitarios es importante tener en cuenta que hay distintos modelos organizativos y que cada institución debe adaptarla a sus necesidades, recursos y filosofías.

Las unidades desempeñan habitualmente funciones relacionadas con los aspectos siguientes:²⁵

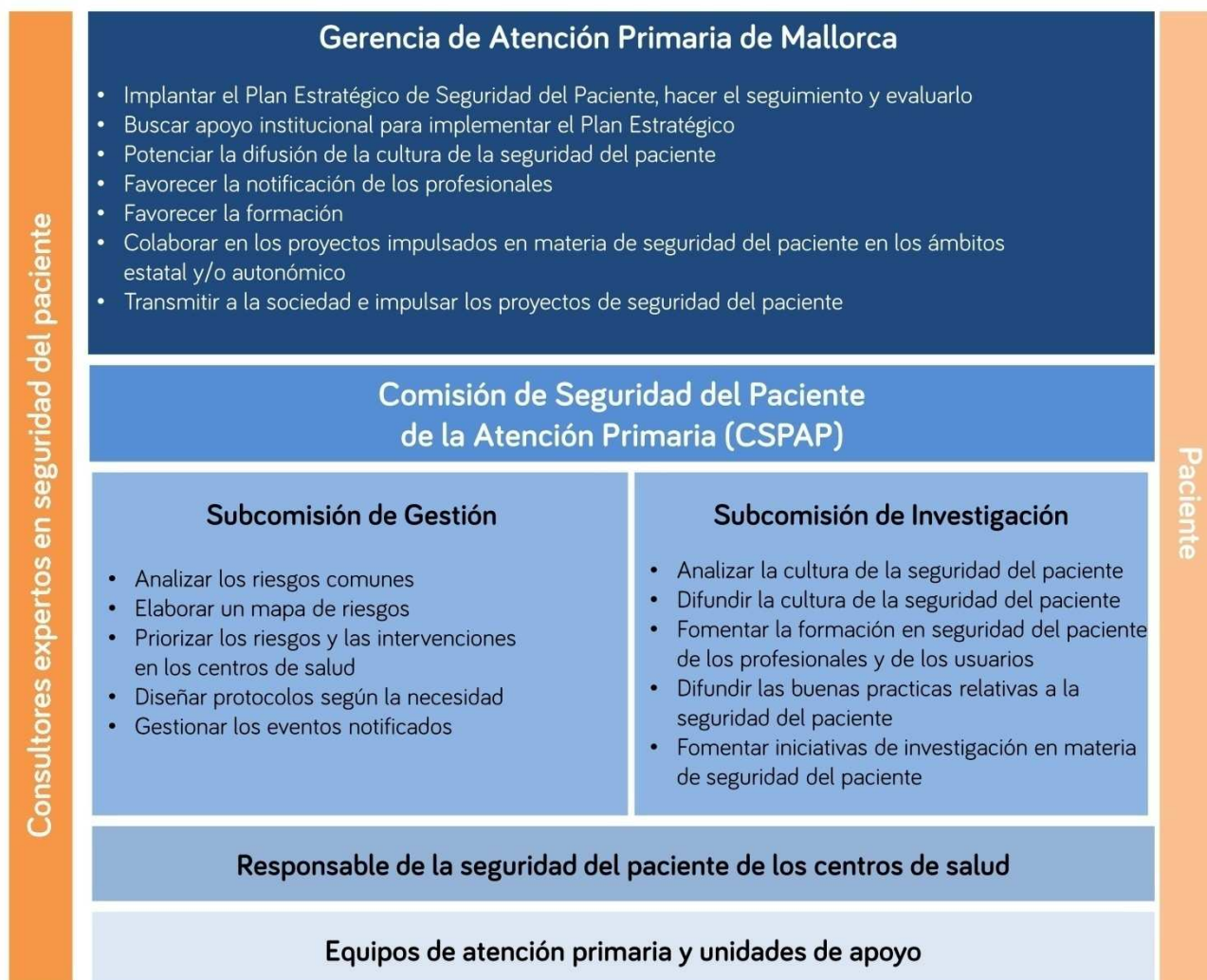
- Promoción de la cultura de la seguridad del paciente.
- Formación.
- Identificación de los riesgos.
- Evaluación y análisis de los riesgos, priorizando según la necesidad.
- Tratamiento de los riesgos.

Modelo de estructura organizativa de la seguridad del paciente en la atención primaria de Mallorca y funciones

Entendiendo que la seguridad del paciente debe abarcar toda la organización, hemos optado por un modelo integral, desde el liderazgo de los equipos directivos al trabajo de la propia Comisión, que se difunde en toda la estructura organizativa hasta los equipos de atención primaria y las unidades de apoyo.

En este modelo tiene también un papel clave la participación del paciente. Finalmente incluye la participación de consultores expertos en el campo de la seguridad del paciente, de la propia Gerencia o externos.

Figura 6. Estructura organizativa y funciones relativas a la seguridad del paciente en la atención primaria de Mallorca.



Sistema de notificación y aprendizaje de incidentes y de eventos adversos

Los sistemas de notificación y aprendizaje de incidentes son recomendados explícitamente por la Organización Mundial de la Salud y por el Consejo de la Unión Europea, y constituyen un elemento estratégico en la promoción de la cultura de la seguridad. Su objetivo es mejorar la seguridad del paciente partiendo del análisis de situaciones, de problemas y de incidentes que hayan producido o podrían haber producido daño a los pacientes. Es decir, permiten conocer los puntos débiles del sistema y qué factores han contribuido a la falta de seguridad y establecer medidas específicas de mejora para evitar que estas situaciones se repitan.

Un sistema de notificación no es un objetivo *per se*, sino que es una herramienta que debe servir para reforzar la infraestructura de investigación, aprendizaje e intercambio de información, garantizando que los incidentes relacionados con la seguridad del paciente se transformen en mejoras del sistema. Esta tarea corresponde a todos los estamentos a fin de garantizar una política de gestión de los riesgos transparente y adaptada a las necesidades de nuestro entorno.

El uso de estos sistemas de notificación va de la mano de un cambio en la cultura de la seguridad de los profesionales y de la organización. Esto significa crear un entorno en que profesionales y pacientes sean capaces de hablar sobre las cuestiones de seguridad que les preocupan, sin miedo a la culpa o la reprobación. Significa promover un entorno en que las personas quieren reportar riesgos e incidencias

de seguridad para aprender de ellos y reducir su recurrencia, y en que se ven los incidentes causados principalmente por errores del sistema en lugar de personas.²⁶

El concepto de notificación debe integrarse en la red sanitaria, empezando por la base del sistema (los centros de salud), independientemente de la magnitud de los proyectos de notificación de ámbito estatal. La notificación de incidentes debe entenderse como un proceso de aprendizaje, más que como un mecanismo de recogida y análisis de datos. Y su enfoque es preventivo, no sancionador; por eso es de uso voluntario, no punitivo, y ha de garantizar la confidencialidad y el anonimato, con un enfoque hacia el aprendizaje y la implantación de mejoras.²⁷⁻²⁸

No se puede mejorar lo que se desconoce ni lo que no se evalúa. Una vez que empiece a crecer el uso de las notificaciones se podrá saber no solo en qué punto estamos como equipo de atención primaria sino que esta información permitirá ser más efectivos a la hora de establecer las estrategias más adecuadas para la gestión de los riesgos más frecuentes en la práctica asistencial diaria. La existencia de un programa de gestión de riesgos sanitarios puede proporcionar beneficios a todas las personas involucradas en la atención sanitaria: a los pacientes porque percibirán más seguridad en la atención recibida; a los profesionales porque verán incrementada la seguridad de sus actos y ello contribuirá a obtener más satisfacción y tranquilidad al desempeñar su actividad; finalmente, a los responsables de la Administración porque habrán logrado mayor rigor en la gestión de sus responsabilidades.²⁹

Los sistemas voluntarios de notificación y aprendizaje de incidentes y eventos adversos, la observación directa *in situ* de la organización y del desarrollo de la actividad asistencial, el análisis de reclamaciones y litigios, la opinión de pacientes y profesionales, y las auditorias de servicios de salud son fuentes complementarias de datos y de información relevantes, cuya triangulación ayuda a conocer mejor los factores asociados, latentes y condicionantes de la iatrogenia en general y en cada caso y centro asistencial concreto.³⁰

Hoy en día, los sistemas de declaración en la atención primaria son escasos y poco usados, y aunque no hay evidencia de cuáles son los mejores sistemas de declaración, se sabe que los sistemas de recogida de incidentes suelen ser más eficaces si son explícitos, si son conducidos por un equipo clínico y son parte de un programa de seguridad de la organización.³¹ En general, hoy en día se tiende a que los sistemas de notificación de errores sean no punitivos, voluntarios, anónimos, confidenciales, claros y sencillos y abiertos a cualquier persona (personal sanitario, pacientes, personas cuidadoras o familiares).

Uno de los sistemas de notificación disponible actualmente es el sistema de farmacovigilancia (la conocida Tarjeta Amarilla), que recopila información tanto de las reacciones adversas a los medicamentos como de los errores de medicación que han causado daños al paciente. Ambos deben notificarse por medio de este sistema, que se encarga de evaluarlos y registrarlos en una base de datos común (FEDRA).³² Consideramos importante facilitar y fomentar la notificación por esta vía ya que entendemos que la notificación contribuye a mejorar el conocimiento de la seguridad de los fármacos y, por ende, a mejorar su uso.

Los errores de medicación pueden ocurrir en cualquier fase del uso de los medicamentos, desde la prescripción a la toma o la aplicación, e incluye errores en la prescripción y/o en la interpretación de las órdenes médicas —por ambiguas o incompletas—; confusiones en la dispensación o administración de medicamentos causadas por un envase o una etiqueta parecidos; administración de un medicamento por una vía inapropiada o en un dosis incorrecta, etc.

Interesa notificar tanto los errores de medicación que realmente han ocurrido como los errores potenciales que se hayan detectado antes de que ocurran o que el notificador considera que es posible que sucedan dadas unas causas comunes que los favorezcan. En estos casos (errores de medicación sin daño y situación de riesgo potencial de causar un error de medicación) deben notificarse por medio del nuevo sistema de notificación implantado por esta ESTRATEGIA.

Objetivos

1. Facilitar a los profesionales un sistema de notificación y aprendizaje de eventos adversos e incidentes capaz de interactuar con los diferentes ámbitos asistenciales del Servicio de Salud.
2. Diseñar un mapa de riesgos potenciales de cada centro de salud y de las unidades de apoyo de atención primaria de Mallorca.

Acciones

1. Diseñar y poner en funcionamiento un sistema de notificación y aprendizaje de eventos adversos e incidentes.
2. Informar a los profesionales sobre el uso del sistema de notificación y aprendizaje de eventos adversos e incidentes a fin de impulsar la notificación de eventos adversos.
3. Informar sobre el sistema de notificación de farmacovigilancia a fin de impulsar la notificación de reacciones adversas a los medicamentos.
4. Elaborar un informe sobre la plausibilidad de uso de nuevas fuentes para detectar incidentes o eventos adversos.
5. Crear una unidad funcional de gestión de los riesgos en la atención primaria de Mallorca.
6. Disponer, como mínimo, de un responsable de seguridad del paciente en cada equipo de atención primaria (fomentar un grupo de profesionales multidisciplinar del centro de salud) para integrarla en el modelo de organización de la seguridad del paciente.
7. Elaborar un protocolo de gestión de los riesgos sanitarios dirigido a los responsables de la seguridad del paciente de los centros de salud.
8. Diseñar un mapa de riesgos potenciales en cada equipo de atención primaria.

Indicadores

1. Memoria de actividad anual de la unidad funcional de gestión de los riesgos.
2. Número de tarjetas amarillas por cada millón de habitantes notificadas en cada equipo de atención primaria por año.
3. Número de eventos adversos (especificando su gravedad) notificados en cada equipo de atención primaria por año y por pacientes asignados.
4. Número de equipos de atención primaria que estén desarrollando alguna de las etapas de elaboración del mapa de riesgos (formación metodológica / elaboración del mapa de riesgos / revisión de la Subcomisión de Riesgos de la Comisión de Seguridad del Paciente de la Atención Primaria / aprobación del mapa / nueva evaluación del mapa).

Línea estratégica 3

Comunicación entre profesionales y pacientes

“El error es un arma que acaba siempre por dispararse contra el que la emplea.”

Concepción Arenal, escritora (1820-1893)

Un factor de la atención primaria y uno de los más relevantes para la seguridad de los pacientes y la calidad asistencial en general es la relación que se establece entre el profesional sanitario y el paciente. Este factor tiene que ver con todos los elementos relacionados con la comunicación, la confianza y la información. Recientemente, un estudio australiano ha establecido que el factor principal que contribuye a la seguridad en la atención primaria —aunque no el único— es la dinámica de la relación entre el profesional sanitario y el paciente.³³

Mejorar la comunicación entre los profesionales y los usuarios es un punto clave en la mejora de la seguridad, pero también debe mejorarse una vez que los errores se han producido. La relación entre profesionales sanitarios y pacientes —particularmente la comunicación— es uno de los aspectos más espinosos cuando se han producido complicaciones o efectos adversos. Una comunicación suficientemente planificada, honesta, clara, abierta y a tiempo es un factor que contribuye a evitar la desconfianza en los profesionales. Cuando se produce un evento adverso y un paciente o un conjunto de pacientes sufren inevitablemente un daño como consecuencia de una intervención sanitaria necesitan no solo atenciones médicas para paliar el efecto negativo, sino también información clara, honesta y rápida sobre qué ha sucedido y por qué, y cómo se podrá evitar en el futuro. Necesitan saber qué les ha pasado, qué consecuencias puede tener y qué medidas se han adoptado para resolver esta situación. Es una situación siempre difícil para los pacientes (primeras víctimas), pero también para los profesionales, que también resultan afectados. En este sentido, todo profesional sanitario que participa en un evento adverso, en un error médico y/o en una lesión no esperada relacionada con el paciente se convierte en víctima en el sentido de que queda afectado por el suceso (segunda víctima).³⁴

La comunicación con los pacientes resulta favorecida por ciertos aspectos.³⁵

- La reflexión previa sobre cuestiones, como qué sabe ya el paciente, qué quiere saber y qué se considera que ha de saber.
- La escucha sosegada, sin interrupciones innecesarias.
- La preparación: la comunicación efectiva no se improvisa, sino que debe planificarse.
- El lenguaje ágil, sencillo y claro.
- Asegurarse de que la información facilitada ha sido comprendida antes de tomar una decisión.

Para favorecer el abordaje adecuado de primeras, segundas y terceras víctimas proponemos las listas de verificación del Grupo de Investigación de Terceras y Segundas Víctimas, elaboradas como herramienta de ayuda para responder a un evento adverso.³⁶

Objetivos

1. Mejorar las habilidades de los profesionales sanitarios de la atención primaria en la comunicación de eventos adversos.
2. Fomentar el uso del consentimiento informado en los procedimientos en que sea necesario.
3. Fomentar el uso de listas de verificación cuando se produzca un evento adverso, tanto para las primeras víctimas como para las segundas.

Acciones

1. Ofrecer formación continuada sobre habilidades de comunicación de eventos adversos.
2. Incluir en el sistema informático la opción de registrar el consentimiento informado en los procesos en que sea necesario.
3. Elaborar un procedimiento de comunicación de eventos adversos que incluya listas de verificación de atención a primeras y segundas víctimas.

Indicadores

1. Número de profesionales formados en materia de habilidades de comunicación de eventos adversos.
2. Protocolo de comunicación y abordaje de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente a disposición de los profesionales.
3. Al menos una revisión anual de todas las listas de verificación en soporte informático, actualizándolas si es necesario.

Línea estratégica 4

Continuidad asistencial

*“Nadie sabe todo, todos saben algo,
todo conocimiento reside en la humanidad.”*

Pierre Lévy, escritor, filósofo y profesor (1956)

La continuidad asistencial es una visión continua y compartida de la atención sanitaria en la que intervienen múltiples profesionales de ámbitos de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos y coordinados, cuyo objetivo final es la calidad asistencial que se ofrece a la ciudadanía.³⁷ En este sentido, los problemas relacionados con la transferencia de la información tienen un papel relevante como causa de incidentes y eventos adversos en la asistencia sanitaria. La falta de continuidad en la información genera descoordinación en el cuidado y en la atención del paciente y puede acarrear errores en la asistencia sanitaria. Mejorar la comunicación y la coordinación entre diferentes tipos de atención incluyendo la primaria, la secundaria y también los servicios sociales, fortaleciendo los sistemas de información y compartiendo registros, disminuirá los errores y contribuirá a mejorar la seguridad del paciente.³⁸

En cualquier caso, derivar un paciente a otro ámbito asistencial o hacer interconsultas no implica que se desvincule de la atención primaria. Es cierto que ambos elementos (especialistas de la atención primaria y hospitalarios) deben estar presentes para que haya continuidad, pero su sola presencia no la asegura.³⁹ Por esta razón debemos impulsar la mejora del uso compartido de la información para que los profesionales responsables de la atención de un paciente dispongan de toda la información necesaria sobre diagnósticos, tratamientos y pruebas. Además, es necesario mejorar los mecanismos de comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales por medio de consultas presenciales y no presenciales. Por otra parte, en el marco de modelos de trabajo seguro las transiciones asistenciales y las derivaciones entre ámbitos asistenciales deben definir procesos de atención con criterios de entrada y sus actividades específicas.

Uso compartido de información

El concepto de *integración de la información* es uno de los elementos definitorios de la continuidad asistencial. Actualmente, con la incorporación y el uso generalizado de las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios se facilita la interoperabilidad entre las distintas herramientas de registro y el intercambio de información entre los diferentes agentes de salud.

A pesar de las mejoras en el acceso a la historia clínica del paciente, a los resultados de pruebas diagnósticas o a los registros de vacunas, aún quedan puntos por mejorar en el acceso a la información, que sigue estando compartimentada. De la misma manera, el sistema de receta electrónica es una herramienta que mejora la calidad asistencial, la accesibilidad a la prestación farmacéutica y la seguridad en el uso de los medicamentos. Además, debe ser un punto de mejora de la coordinación entre profesionales sanitarios, ya que les permite compartir de manera transversal una parte fundamental del proceso asistencial como es el tratamiento farmacológico.⁴⁰

El acceso al sistema de receta electrónica en las Islas Baleares es universal; sin embargo, en la atención primaria aún detectamos casos de pacientes a quienes que no se les ha hecho la prescripción por medio de esta herramienta, lo que puede generar situaciones de riesgo, confusión, sobrecarga asistencial y errores en la medicación. Entendemos que impulsar su uso por parte de todos los profesionales y desde todos los ámbitos favorece la conciliación de la medicación con la seguridad y la calidad de la asistencia.

Tiene importancia capital la participación de los profesionales de la atención primaria en los grupos de trabajo para que la visión y las necesidades de este ámbito se recojan en la creación y en la mejora continuada de estas herramientas (y de las futuras).

Derivación entre ámbitos asistenciales

La incorporación de las tecnologías de la información y la comunicación ha de facilitar que el proceso de derivación entre ámbitos asistenciales para exploraciones complementarias, interconsultas o altas de continuidad asistencial sea un proceso informatizado que incluya la información clínica pertinente para el especialista hospitalario, sin pérdidas de información pero preservando la confidencialidad, con un emisor y un receptor definidos, garantizando el acceso a los resultados, con lo cual se asegura la continuidad asistencial. En este sentido, los incidentes derivados de la falta de continuidad asistencial se producen fundamentalmente durante el proceso de carga, recepción y entrega de resultados, y están relacionados con la valoración y el diagnóstico (retrasado o erróneo), la identificación errónea del paciente en los resultados o la entrega.⁴¹

Finalmente, es importante fomentar los canales implantados en la gestión de citas preferentes, con criterios de alerta para ampliar e introducir nuevas indicaciones y utilidades.

Comunicación entre los profesionales de los diferentes ámbitos asistenciales

Es importante establecer canales formales y estructurados de transferencia de la información:

- Consultores hospitalarios en los centros de salud y sesiones clínicas conjuntas: hay que priorizar la atención a los pacientes más complejos y evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos, además de optimizar las listas de espera.
- Elaboración conjunta de protocolos y guías: deben estar adaptados a las necesidades y a los recursos de cada área, deben ser simples y claros, han de evitar procedimientos poco definidos y tienen que abarcar todo el proceso asistencial.

Objetivos

1. Participar de manera activa en la toma de decisiones de los proyectos impulsados por el Servicio de Salud que promuevan la continuidad asistencial.
2. Participar en el desarrollo de las herramientas informáticas y hacer propuestas de mejora de las disponibles a fin de mejorar la continuidad asistencial.
3. Difundir los canales actuales para la gestión de citas preferentes, con criterios de alerta para ampliar e introducir nuevas indicaciones y utilidades.
4. Mejorar la comunicación entre los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales.
5. Colaborar en la elaboración de guías y protocolos asistenciales y de derivación entre ámbitos asistenciales.

Acciones

1. Incorporar profesionales asistenciales y directivos a grupos de trabajo y coordinar reuniones conjuntas con los responsables del Servicio de Salud de implementar las mejoras tecnológicas relacionadas con la continuidad asistencial.
2. Participar en el diseño de circuitos de actuación rápida para pacientes que cumplan criterios de patología no demorable impulsados desde la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca o desde el Servicio de Salud.

3. Apoyar las sesiones periódicas en los centros de salud de profesionales de la atención hospitalaria, evaluarlas considerando la inclusión de nuevos servicios y hacerlas extensibles a todos los sectores.

Indicadores

1. Proporción de comisiones o grupos de trabajo enfocados a mejorar la continuidad asistencial en los que estén bien representados los profesionales de la atención primaria.
2. Número de circuitos establecidos para evitar el retraso diagnóstico en los que se ha participado.
3. Proporción de centros donde tienen lugar sesiones con consultores hospitalarios.

Línea estratégica 5

Prácticas seguras

“Muchas personas creen, al haber superado un error, que ya no necesitan volver a enmendarlo.”

Marie von Ebner-Eschenbach, escritora (1830-1916)

Si bien las otras líneas estratégicas incluyen aspectos transversales y de organización, esta línea estratégica agrupa las acciones concretas de la práctica diaria de los profesionales de la atención primaria para hacerlas más seguras. Se ha considerado operativo organizarla según los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria que se consideran clave para mejorar la seguridad del paciente en la atención primaria:

- Línea estratégica 5.1. Identificación inequívoca de pacientes
- Línea estratégica 5.2. Cuidados seguros: úlceras por presión
- Línea estratégica 5.3. Uso seguro de los medicamentos
- Línea estratégica 5.4. Prevención de infecciones
- Línea estratégica 5.5. Cirugía menor segura

Línea estratégica 5.1

Identificación inequívoca de pacientes

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de errores y complicaciones en la asistencia sanitaria. Culturalmente se acepta la identificación del paciente de forma verbal en cualquier acto asistencial, especialmente en la atención primaria. Sin embargo, en muchas ocasiones no es adecuada, ya que los pacientes pueden presentar barreras del lenguaje, idiomáticas o auditivas, o puede tratarse de población pediátrica; todos estos aspectos pueden aumentar la probabilidad de cometer errores y de ocasionar problemas de seguridad en la atención recibida.⁴²

Tradicionalmente, en el ámbito hospitalario se ha usado el registro de los pacientes por medio de una pulsera a fin de minimizar los errores, pero en la atención primaria no existe este recurso; aunque el número de citas y de visitas es alto, persiste un comportamiento de confianza excesiva en este aspecto.

En el ámbito de la atención primaria es importante remarcar la importancia de la identificación documental del paciente y la verificación verbal, independientemente de la vía de acceso al centro de salud (por teléfono, presencialmente o a domicilio) y definir los procedimientos en que el paciente debe identificarse: confirmación de una cita o una interconsulta, asistencia para la extracción de muestras biológicas, pruebas invasivas o administración de inyectables o vacunas, cirugía menor ambulatoria, pruebas no invasivas (electrocardiograma, espirometría, ecografía...), atención directa en la consulta, atención de urgencia o atención a domicilio.

Objetivos

1. Garantizar la identificación correcta del paciente cuando se relaciona con el centro de salud a fin de prevenir errores relacionados con la asistencia sanitaria.
2. Incorporar activamente al paciente —y, en su caso, a la persona cuidadora— en el proceso de identificación.
3. Verificar la identidad del paciente y el procedimiento previsto antes de iniciarlo.
4. Cumplir adecuadamente la identificación documental del paciente.

Acciones

1. Formar al personal en el procedimiento adecuado de identificación de los pacientes y en la necesidad de verificarla potenciando el uso de la tarjeta sanitaria individual como documento identificativo.
2. Hacer la evaluación y el seguimiento del proceso de identificación.
3. Potenciar la búsqueda proactiva de historias clínicas duplicadas.
4. Difundir entre profesionales y pacientes la necesidad y la importancia de la identificación inequívoca de los pacientes.
5. Solventar de forma proactiva y oportuna, en cualquier momento de la asistencia, las duplicidades de la historia clínica halladas.

Indicadores

1. Número de participantes en la formación sobre la identificación del paciente del total de profesionales del centro de salud.
2. Proporción de historias clínicas de atención primaria abiertas con datos incluidos en el sistema de información poblacional (número de altas rápidas incluidas en el e-SIAP [sin CIP autonómico]).

Línea estratégica 5.2

Cuidados seguros: úlceras por presión

Las úlceras por presión son un problema de salud importante, tanto por su incidencia y prevalencia como por sus repercusiones. La aparición de una úlcera por presión y/o el empeoramiento de una úlcera deben considerarse siempre un evento adverso relacionado con la calidad de los cuidados, y por ello es un indicador negativo de la calidad asistencial.⁴ En la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca existe el Grupo Asesor de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, que tiene el objetivo de asesorar a los profesionales sanitarios de la atención primaria sobre la prevención y el tratamiento de los pacientes con heridas crónicas y úlceras por presión. El PLAN ESTRATÉGICO recoge los objetivos, las actuaciones y los indicadores previstos por el Grupo Asesor.

Objetivos

1. Incrementar los conocimientos y las habilidades de los profesionales de los centros de salud a fin de que contribuyan a la atención y a la prevención correctas de las úlceras por presión.
2. Promover los cuidados de calidad en el domicilio para prevenir las úlceras por presión y las heridas crónicas y mejorar la calidad de vida de los pacientes susceptibles de padecerlas.
3. Aumentar la calidad de los cuidados que prestan las personas cuidadoras a los pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria.

Acciones

1. Desarrollar un plan formativo específico de buenas prácticas en el abordaje, la prevención y la curación de las úlceras por presión que incluya la formación específica de la persona cuidadora en la prevención de las úlceras por presión.
2. Difundir y promover las consultas al Grupo Asesor de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
3. Colaborar en el Protocolo de Educación para la Salud de Personas Cuidadoras incidiendo en los cuidados que las personas cuidadoras deben prestar para prevenir las úlceras por presión.

Indicadores

1. Proporción de profesionales con formación específica sobre la *Guía de úlceras por presión*.
2. Proporción de profesionales que han solicitado asesoramiento sobre úlceras por presión.
3. Proporción de pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria que han sido valorados con la escala de Braden.
4. Proporción de pacientes incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria con úlceras por presión según el programa vigente.
5. Número de centros de salud en los que se ha impartido el taller de personas cuidadoras según el programa vigente.

Línea estratégica 5.3

Uso seguro de los medicamentos

Según los estudios actuales, los eventos adversos provocados por la medicación son los más frecuentes y los que tienen efectos más graves en el ámbito de la atención primaria. Basta recordar que, según el estudio APEAS, más del 48 % de los eventos adversos declarados tienen relación con la medicación; o que más de la tercera parte de los más graves (los que provocan fallecimiento o incapacidad residual en el momento del alta médica o requieren una intervención quirúrgica) están relacionados con la medicación, o que en la reciente revisión de Kingston la gestión del medicamento emerge como uno de los temas principales en la seguridad del paciente.¹²

Medicamentos de alto riesgo

Los medicamentos de alto riesgo son los que presentan una probabilidad alta de causar efectos adversos graves o incluso mortales cuando no se utilizan correctamente. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes sino que, si se produce un error, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves. Este concepto surge de la necesidad de definir unos medicamentos diana en los que concentrar los esfuerzos y priorizar las intervenciones para mejorar su seguridad. Estas prácticas deben prever medidas de actuación en toda la cadena de uso de los medicamentos (prescripción, dispensación, administración, seguimiento y educación para la salud de los pacientes).

Medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos

El paciente con diversas patologías crónicas toma múltiples medicamentos y por ello es especialmente vulnerable a los errores de medicación; por lo tanto, las estrategias de reorientación de los sistemas sanitarios hacia la cronicidad pueden beneficiarse de disponer de una lista de medicamentos de alto riesgo específica para pacientes crónicos. De esta necesidad surge el Proyecto MARC (Ministerio de Sanidad) para elaborar una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos, en los que hay que priorizar la implantación de prácticas efectivas de prevención de errores.⁴³

Uso seguro de medicamentos en pacientes de riesgo

Actualmente, el abordaje de la cronicidad y la polimedición son dos de los grandes retos relativos a la mejora de la asistencia sanitaria. Se ha demostrado que revisar el tratamiento farmacológico de determinados grupos de población reduce los problemas relacionados con la medicación y los eventos adversos. Los pacientes que más se benefician de la implementación de un programa de revisión son los que presentan mayor riesgo de sufrir eventos adversos causados por la medicación,

ya sea por el tipo y por la cantidad de medicamentos, por la edad, por la situación clínica o por su estado de salud. La magnitud de los problemas relacionados con la medicación es alta. En la atención primaria, más de una tercera parte de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias presentan un resultado negativo asociado a la medicación, y más del 70 % de esos casos se podría prevenir.⁴⁴

La revisión sistemática de la medicación es un examen estructurado de los medicamentos que un paciente toma con el objetivo de conseguir que los beneficios para la salud sean los máximos esperables. Destacan estos objetivos:

1. Optimizar la efectividad de los medicamentos.
2. Minimizar el número de problemas asociados a los medicamentos.
3. Adecuar los tratamientos farmacológicos a las particularidades de cada paciente teniendo en cuenta la comorbilidad, el momento en que se encuentra dentro de la evolución de la enfermedad, su esperanza de vida y sus preferencias.

Entendemos que la revisión multidisciplinaria incorporando a los farmacéuticos de atención primaria en nuestro ámbito debe priorizar la revisión de los casos de mayor riesgo, como son los pacientes crónicos (pacientes crónicos complejos y pacientes crónicos avanzados), los pacientes polimedicados y los pacientes que hayan sufrido una caída, para los cuales se recomienda revisar el tratamiento.

Conciliación del tratamiento

Al menos la mitad de los errores de medicación se producen cuando el responsable del paciente pasa a ser otra persona; por esta razón, en las transiciones asistenciales el paciente es especialmente vulnerable a este tipo de errores. Una manera de minimizarlos es revisar correctamente la medicación en cada transición (ingreso hospitalario, cambios del tratamiento en las consultas externas o en los servicios de urgencias hospitalarias...), de modo que cuando se prescribe un medicamento se tenga en cuenta todo el plan farmacoterapéutico del paciente y se confirme que se corresponde con los medicamentos que el paciente toma realmente en casa. Entendemos que la continuidad asistencial que ofrece el uso del sistema de receta electrónica en cualquier punto de prescripción de las Islas Baleares es una herramienta clave para evitar los eventos adversos. Además, esta medida está refrendada por la Instrucción 10/2011 del Servicio de Salud de las Islas Baleares, por la que se establecen medidas concretas para desburocratizar las consultas de la atención primaria, que debe cumplirse sin excepciones en todos los ámbitos de actuación del Servicio de Salud.

Objetivos

1. Mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los medicamentos de alto riesgo en la atención primaria y hacer un seguimiento adecuado de los pacientes que los tengan prescritos.
2. Potenciar la revisión multidisciplinaria del tratamiento de los pacientes de riesgo (polimedicados, medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos complejos o avanzados, pacientes incluidos en el Registro de Caídas, etc.).
3. Implementar medidas para mejorar el uso razonado de los medicamentos en pacientes de riesgo como herramienta clave para potenciar el uso seguro de los medicamentos.
4. Mejorar la información a los pacientes sobre el uso seguro de los medicamentos.
5. Disponer de herramientas informatizadas de ayuda a la prescripción segura integradas en el sistema de receta electrónica y potenciar su uso.
6. Apoyar el uso universal del sistema de receta electrónica como método de prescripción de medicamentos y productos sanitarios en todos los ámbitos del Servicio de Salud.

Acciones

1. Ampliar la oferta formativa para profesionales sobre el uso seguro de los medicamentos, la revisión del tratamiento y los medicamentos de alto riesgo (sobre todo en los pacientes crónicos).
2. Difundir entre los profesionales de la atención primaria los programas de revisión multidisciplinaria del tratamiento de pacientes de riesgo y potenciar la revisión multidisciplinaria.
3. Elaborar material instructivo para impartir talleres de educación para la salud sobre el uso seguro de los medicamentos e introducir el concepto de *seguridad del paciente* en los protocolos existentes.
4. Solicitar prioritariamente el desarrollo de ayudas a la prescripción electrónica integradas en el sistema de receta electrónica, y participar en dicho desarrollo.
5. Solicitar prioritariamente el desarrollo de herramientas informáticas que faciliten la revisión de los tratamientos a los farmacéuticos de atención primaria y al resto de los profesionales involucrados, y participar en dicho desarrollo.
6. Elaborar hojas de información para pacientes y personas cuidadoras e integrarlas en el sistema informático para mejorar el uso seguro de los medicamentos.
7. Colaborar en cualquier actividad sobre el uso racional del medicamento impulsado por el Servicio de Salud.

Indicadores

1. Número de sesiones impartidas sobre el uso seguro de los medicamentos.
2. Proporción de pacientes polimedicados de actuación preferente a los que se ha realizado una revisión multidisciplinaria.
3. Proporción de centros de salud que han desarrollado actividades de promoción de la salud sobre el uso seguro de los medicamentos destinadas a pacientes, familiares y personas cuidadoras.
4. Número de pacientes que han acudido a actividades de educación para la salud sobre el uso seguro de los medicamentos y/o sobre medicamentos de alto riesgo.
5. Número de medicamentos de alto riesgo de los que se dispone de hoja informativa.
6. Número de profesionales que usan las herramientas de ayuda a la prescripción.
7. Número de interconsultas a los farmacéuticos de atención primaria para la revisión multidisciplinaria del tratamiento.
8. Proporción de pacientes de riesgo revisados conjuntamente con farmacéuticos de atención primaria.

Línea estratégica 5.4

Prevención de infecciones

La prevención de infecciones es uno de los puntos clave en la seguridad del paciente, también en la atención primaria. En el estudio APEAS, la infección de heridas quirúrgicas o traumáticas es el cuarto efecto adverso más frecuente: el 8,4 % del total de eventos adversos consisten en infecciones asociadas a los cuidados, con un riesgo 2,5 veces mayor que los relacionados con los medicamentos, y el 76,7 % de estos casos son evitables.¹⁵

Desde la introducción de los antibióticos en la práctica clínica, en la década de 1940, se han convertido en medicamentos indispensables para tratar la mayoría de los procesos infecciosos bacterianos, tanto en las personas como en los animales. El desarrollo de la resistencia a los antibióticos —especialmente la aparición y la diseminación de bacterias multirresistentes— y la escasez de tratamientos alternativos son dos de los mayores problemas de salud pública y sanidad animal que es necesario afrontar actualmente.⁴⁵

El 90 % del consumo de antibióticos se registra en la atención primaria, donde una tercera parte de las consultas están relacionadas con enfermedades infecciosas y algo más de la mitad de ellas están relacionadas con infecciones del tracto respiratorio. En cuestión de salud humana se estima que aproximadamente el 50 % del uso de antibióticos es inadecuado, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

Higiene de las manos

Las manos de los profesionales sanitarios son la vía principal de transmisión de los microorganismos causantes de infecciones en el ámbito de la salud. En consecuencia, la higiene de las manos es la medida más sencilla, barata y eficaz para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y la diseminación de patógenos resistentes a los antibióticos. Sin embargo, el grado de cumplimiento de esta medida es bajo. Los estudios demuestran que los principales factores limitantes son la carga de trabajo, la poca accesibilidad a los lavamanos (a pesar de que actualmente los hay en todas las consultas de medicina, pediatría y enfermería), el uso de guantes y la irritación de las manos y la baja percepción de la contagiosidad de los pacientes.⁴⁶

Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos

El Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos surgió de la necesidad de cumplir una comunicación de la Comisión Europea que instaba a desarrollar un plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos. Estas resistencias provocan anualmente 25.000 muertes en Europa (1.500-2.000 en España), una cifra superior a los fallecidos en accidente de tráfico. En España el 70 % de las cepas de determinadas especies bacterianas causantes de infecciones sistémicas son multirresistentes. Además, España es uno de los estados de Europa donde se consumen más antibióticos, y en lugar de reducirse —como ocurre en muchos países de nuestro entorno—, las cifras continúan aumentando.

El Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos abarca la medicina humana y la veterinaria; consta de estas 6 líneas estratégicas y propone 24 medidas que derivan en 84 acciones:

1. Vigilancia del consumo y de las resistencias antibióticas.
2. Controlar las resistencias bacterianas.
3. Identificar e impulsar medidas alternativas y/o complementarias de prevención y de tratamiento.
4. Definir las prioridades relativas a la investigación.
5. Formación e información a los profesionales sanitarios.
6. Comunicación y sensibilización de la población.

Objetivos

1. Monitorizar el consumo de antibióticos y mejorar la vigilancia de la resistencia a los antibióticos.
2. Fomentar el lavado de las manos entre los profesionales y la población como una herramienta sencilla y eficaz para prevenir las infecciones.
3. Implementar el programa de optimización del uso de antibióticos (PROA) en la atención primaria.
4. Implementar pruebas de diagnóstico rápido en el punto de atención al paciente (centros de salud y servicios de urgencias de la atención primaria).
5. Implementar las recomendaciones y los programas sobre prevención de infecciones relacionados con la asistencia sanitaria.
6. Fomentar la investigación sobre el uso de antibióticos y las resistencias a los antibióticos en el ámbito de la atención primaria.
7. Formar a los profesionales sanitarios en los principios de uso de los antimicrobianos y la resistencia a los antibióticos, en el marco de un programa de optimización del uso de los antibióticos.
8. Sensibilizar a los usuarios de la atención primaria en el uso adecuado de los antibióticos y su presión sobre las resistencias bacterianas.

Acciones

1. Mejorar el sistema de información sobre la resistencia a los antibióticos e integrarlo en las aplicaciones informáticas disponibles.
2. Publicar los resultados individualizados por prescriptores de antibióticos.
3. Incluir indicadores de uso de los antibióticos y de pruebas de diagnóstico rápido en los contratos de gestión de los centros de salud y en los servicios de urgencias de la atención primaria.
4. Crear un grupo de trabajo de implementación del Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos en la atención primaria para que lleve a cabo estas actuaciones:
 - Diseñar e implantar un programa de optimización del uso de los antibióticos en la atención primaria.
 - Formar a los profesionales sanitarios en los principios del uso de los antimicrobianos y la resistencia a los antibióticos.
 - Establecer vías de colaboración con los servicios de microbiología de los diferentes sectores sanitarios para desarrollar protocolos de actuación contra las bacterias multirresistentes y cómo gestionarlo en el ámbito ambulatorio.
 - Dotar a los equipos de atención primaria y a los servicios de urgencias de la atención primaria de técnicas de diagnóstico rápido *point-of-care* recomendadas por el Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos (test del antígeno A del estreptococo y determinación de la proteína C reactiva).
 - Formar a los profesionales sanitarios en las indicaciones de uso de las técnicas de diagnóstico rápido *point-of-care* y en cómo se aplican correctamente y se interpretan adecuadamente sus resultados.
 - Crear e implementar un registro específico para las pruebas de diagnóstico rápido en la historia clínica de atención primaria (e-SIAP) junto con los criterios clínicos que indican la necesidad de hacerlas.

- Diseñar proyectos de investigación que evalúen el impacto de las actuaciones desarrolladas en el marco del Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos y sobre el uso y las resistencias a los antibióticos en el ámbito de la atención primaria.
- Sensibilizar a los usuarios de la atención primaria en el uso adecuado de los antibióticos y su presión sobre las resistencias bacterianas.
- Aplicar el programa sobre prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y las actividades relacionadas por medio de prácticas seguras, como la higiene de las manos.

Indicadores

1. Publicación periódica sobre resistencias antibióticas accesible para los profesionales de cada sector sanitario.
2. Informe periódico individualizado por prescriptores de antibióticos.
3. Creación del grupo de trabajo de implementación del Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos.
4. Memoria anual sobre las actividades relacionadas con la sensibilización de los usuarios de la atención primaria en el uso adecuado de los antibióticos y su presión sobre las resistencias bacterianas llevadas a cabo en los centros de salud.

Línea estratégica 5.5

Cirugía menor segura

En España, la cirugía menor está expresamente incluida como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la atención primaria desde 1995 (Real decreto 63/1995, de 20 enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud). Por otro lado, el Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, sigue incluyendo la cirugía menor en la atención primaria.

La cirugía menor incluye diversos procedimientos quirúrgicos sencillos, generalmente de corta duración, aplicados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, con anestesia local, que suponen un riesgo bajo y después de los cuales no son esperables complicaciones posquirúrgicas significativas.⁴⁷

En la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca hay 32 centros de salud donde se hace cirugía menor, por lo que es importante poner en marcha acciones preventivas que permitan disminuir la tasa de eventos adversos relacionados directamente con los cuidados sanitarios requeridos por los pacientes que reciben tratamiento quirúrgico en dichos centros.

Estos centros deben acreditar que cumplen los criterios mínimos para poder llevar a cabo estos procedimientos y que disponen de un lugar adecuado y dotado de las condiciones y de los materiales necesarios para la cirugía menor.

Entendemos que uno de los puntos clave para mejorar las prácticas seguras es implementar listas de verificación quirúrgica, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud en su manual de aplicación de listas de seguridad en cirugía, incluyendo en nuestro caso la fase de entrada (previa al inicio del procedimiento) y la fase de salida (al finalizar el procedimiento quirúrgico).⁴⁸

Objetivos

1. Realizar un informe basal del estado de situación que recoja los puntos clave de seguridad del paciente de cirugía menor ambulatoria que se realiza en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
2. Elaborar un procedimiento de cirugía menor que reduzca la variabilidad de la práctica en el ámbito organizativo.
3. Mejorar la seguridad de los procedimientos de cirugía menor implementando listas de verificación.
4. Mejorar la información a los pacientes que vayan a ser sometidos a algún procedimiento de cirugía menor.
5. Implementar el registro en la historia clínica informatizada del consentimiento informado de los pacientes que vayan a someterse a algún procedimiento de cirugía menor.
6. Disponer de un registro de intervenciones de cirugía menor adaptado a las necesidades en la atención primaria.

Acciones

1. Elaborar el procedimiento de cirugía menor y difundirlo entre los profesionales sanitarios de los centros de salud.
2. Revisar los criterios de acreditación para la cirugía menor en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
3. Elaborar listas de verificación adaptadas a la cirugía menor en el ámbito de la atención primaria.
4. Fomentar el uso sistemático del consentimiento informado y de las listas de verificación.
5. Revisar los criterios de acreditación para la cirugía menor en la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.
6. Evaluar el registro actual de intervenciones de cirugía menor y valorar las necesidades de mejora.

Indicadores

1. Procedimiento de cirugía menor disponible para los profesionales de la atención primaria.
2. Listas de verificación adaptadas a la cirugía menor incluidas en el procedimiento de cirugía menor.
3. Proporción de pacientes que se han sometido a algún procedimiento de cirugía menor de los cuales se dispone del registro del consentimiento informado.
4. Proporción de intervenciones con lista de verificación aplicada sobre el total de intervenciones realizadas.
5. Registro informático sistemático para recoger las intervenciones realizadas.

Línea estratégica 6

Entorno seguro

“Safety doesn't happen by accident.”
Anónimo

Los centros sanitarios están diseñados para proporcionar un entorno seguro, aunque en algunas ocasiones pueden contribuir a la posibilidad de que ocurran eventos adversos. Por eso es necesario valorar las zonas de acceso y los elementos que puedan suponer un riesgo para los usuarios en un momento determinado y eliminar las barreras arquitectónicas a fin de favorecer a los usuarios con alguna discapacidad el acceso y el uso de los centros sanitarios de manera autónoma. La conservación de las instalaciones y de la infraestructura también es clave para minimizar la posibilidad de que se produzcan eventos adversos.⁴⁹

Objetivos

1. Establecer los mecanismos necesarios para identificar, evaluar y eliminar las barreras arquitectónicas y/o físicas de los centros sanitarios.
2. Mejorar la seguridad de las infraestructuras y de las instalaciones.
3. Proporcionar un equipamiento sanitario fiable y seguro.

Acciones

1. Adaptar los centros sanitarios a los pacientes con discapacidades.
2. Señalar adecuadamente los centros sanitarios para evitar riesgos (p. ej., caídas).
3. Definir un mapa de riesgos de cada centro sanitario que identifique las zonas de alto riesgo y proponer acciones correctoras para controlar el riesgo.
4. Establecer planes de contingencia para las situaciones que puedan vulnerar la seguridad del entorno (plan de evacuación) y asegurar que los profesionales los conocen.
5. Disponer de un procedimiento de reparación de las averías de las infraestructuras, de los equipamientos y de los aparatos clínicos que resulte ágil, sencillo y que permita priorizar.
6. Establecer un sistema de mantenimiento preventivo de las infraestructuras, de los equipamientos y de los aparatos clínicos que permita prevenir los riesgos evitables.

Indicadores

1. Porcentaje de centros sanitarios adaptados a pacientes con discapacidades.
2. Porcentaje de centros sanitarios que disponen de señalización de los riesgos.
3. Porcentaje de centros sanitarios que disponen de un mapa de riesgos.
4. Porcentaje de centros sanitarios que tienen establecidos planes de contingencia/evacuación relacionados con la seguridad del entorno.
5. Procedimiento de reparación de averías de las infraestructuras, de los equipamientos y de los aparatos clínicos.
6. Procedimiento de mantenimiento preventivo — con revisiones periódicas — de las infraestructuras, de los equipamientos y de los aparatos clínicos.

Línea estratégica 7

Evitar intervenciones innecesarias

“Nuestro tiempo piensa en términos de ‘saber cómo hacerlo’ incluso donde no hay nada que deba ser hecho.”

Karl Jaspers, psiquiatra y filósofo (1883-1969)

Todas las intervenciones sanitarias tienen pros y contras, riesgos y beneficios, pues no es posible garantizar absolutamente que sean inocuas. La implantación de prácticas seguras es una de las actuaciones primordiales para mejorar la seguridad de los pacientes, pero de manera complementaria es importante que visibilicen también las prácticas que no aportan valor o que pueden afectar de manera negativa la atención a los pacientes produciéndoles daños innecesarios. La cultura que sobrevalora el intervencionismo médico, la fascinación tecnológica (expectativas infundadas en las posibilidades de actuación de la medicina y la prevención), el sobrediagnóstico y los tratamientos innecesarios o inadecuados son considerados, entre otros, factores latentes cuyo entramado y cuyas interacciones pueden favorecer la aparición de eventos adversos graves.²⁷

En este sentido, existen diferentes iniciativas de ámbito estatal e internacional con el objetivo de detectar prácticas o intervenciones sanitarias innecesarias, a fin de limitarlas. Hace unos años la Alianza Nacional de Médicos (*National Physicians Alliance*) de Estados Unidos puso en marcha un proyecto denominado *Choosing Wisely* (‘elegir con prudencia’) con el propósito de que las sociedades científicas —como la Sociedad Americana de Medicina Familiar y Comunitaria— elaborasen una lista de cinco recomendaciones dirigidas a promover el uso más eficaz de los recursos de atención a la salud en relación con la indicación de pruebas diagnósticas o tratamientos. Simultáneamente, desde 2007 el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención Médica (NICE, por *National Institute for Health and Care Excellence*) del Reino Unido, durante el proceso de elaboración de sus guías identifica algunas prácticas clínicas que recomienda no hacer (*do not do*), bien porque no ofrecen beneficio, porque no existe suficiente evidencia o porque su riesgo-beneficio no queda claro, por lo que no puede aconsejar aplicarlas.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha en abril de 2013 el proyecto denominado Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas, al que se han adherido progresivamente más sociedades científicas comprometidas con la causa común de disminuir las intervenciones innecesarias, entendidas como las que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa o no son eficientes.

Aunque son muchas las acciones que pueden emprenderse en este ámbito, consideramos estratégicas las siguientes, pues están consensuadas en el proyecto Compromiso por la Calidad:⁵⁰

- Por parte de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia:
 - No solicitar densitometrías de forma rutinaria en los casos de mujeres posmenopáusicas para valorar el riesgo de sufrir fracturas osteoporóticas sin haber hecho previamente una valoración de los factores de riesgo.
 - No utilizar la terapia hormonal (estrógenos o estrógenos con progestágenos) con el objetivo de prevenir la enfermedad vascular en los casos de mujeres posmenopáusicas.
 - No usar tiras reactivas y glucómetros en los pacientes diabéticos de tipo 2 que están en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo en situaciones de control glucémico inestable.
 - No hacer de forma sistemática la determinación del PSA en hombres asintomáticos sin antecedentes familiares de primer grado de cáncer de próstata.

- No prescribir antibióticos para la faringoamigdalitis, salvo que haya una gran sospecha de etiología estreptocócica y/o que el resultado del test Strep A sea positivo.
- Por parte de la Asociación de Enfermería Comunitaria y de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria:⁵¹
 - No utilizar de forma rutinaria povidona yodada en niños menores de 2 años, especialmente en recién nacidos menores de 1 mes.
 - No recomendar el uso de flotadores para prevenir las úlceras por presión.
 - No aplicar de manera habitual povidona yodada para limpiar las heridas crónicas, salvo cuando sea necesario disminuir la carga bacteriana.
 - No utilizar apósitos de plata para prevenir la infección de las lesiones cutáneas ni en heridas sin signos claros de infección local.
 - No hacer masajes sobre prominencias óseas para prevenir las úlceras por presión.
- Y por parte de la Asociación Española de Pediatría:⁵²
 - No retrasar la antibioterapia empírica ante la sospecha de enfermedad meningocócica invasiva por el hecho de obtener cultivos (sangre y/o líquido cefalorraquídeo).
 - No hacer de forma rutinaria electroencefalogramas ni estudios de neuroimagen (TAC, resonancia magnética) en niños con convulsión febril simple.
 - No prescribir antibióticos de forma rutinaria a niños que padecen gastroenteritis.
 - No utilizar pruebas serológicas para diagnosticar la enfermedad celiaca en niños antes de que se haya introducido el gluten en la dieta.
 - No se recomienda el uso rutinario de la radiografía de tórax para los casos de bronquiolitis aguda.

Objetivos

1. Mejorar el conocimiento de las prácticas innecesarias e incorporarlas a la práctica diaria.
2. Difundir entre los profesionales las prácticas *do not do* como elemento clave de la seguridad para los pacientes.
3. Conocer la magnitud, el alcance y las características de las prácticas innecesarias con los sistemas de información disponibles.

Acciones

1. Desarrollar actuaciones para difundir la información disponible sobre prácticas innecesarias entre todos los profesionales.
2. Incluir las prácticas innecesarias y la desprescripción en los programas formativos sobre seguridad del paciente.
3. Desarrollar actividades de formación y actualización orientadas a los centros, dependiendo de sus resultados.
4. Realizar un informe del estado de situación de las prácticas *do not do* en la Gerencia.

Indicadores

1. Número de sesiones formativas de prácticas innecesarias y/o desprescripción impartidas en el centro de salud.
2. Actividades de difusión llevadas a cabo sobre prácticas *do not do* entre los profesionales.
3. Número de centros de salud donde se ha hecho un seguimiento proactivo de las prácticas *do not do*.

Línea estratégica 8

Fomentar la investigación

“Lo que nos hace humanos es la habilidad de hacer preguntas.”

Jane Goodall, primatóloga, etóloga y antropóloga (1934)

Los estudios sobre eventos adversos en la asistencia sanitaria han cobrado un notable aumento en los últimos años al tomar conciencia de su importancia en la mejora de la calidad asistencial, aunque la mayoría se han realizado solo en el ámbito hospitalario (incluyendo los servicios de urgencias).

Hasta ahora, la mayoría de los estudios relacionados con la seguridad del paciente han estado orientados hacia los errores de tratamiento, ya que son más fácilmente medibles, si bien no podemos olvidar que existen otras áreas de estudio no exploradas a causa de la dificultad que conllevan tanto su diseño como su medida, más relacionados con el tema del diagnóstico. En este marco sería interesante profundizar en las percepciones, las vivencias y las opiniones sobre la seguridad del paciente, por lo que se recomienda introducir metodologías cualitativas en la investigación en materia de seguridad del paciente.

Conocer la epidemiología de los eventos adversos y su naturaleza, tanto individual como agrupada, permitirá desarrollar estrategias y mecanismos de prevención para evitarlos, determinar los daños, entender sus causas, encontrar soluciones y evaluar su impacto.

A pesar de que ha aumentado el número de publicaciones sobre seguridad del paciente, hay algunos aspectos poco tratados, entre ellos el rol del paciente (3 %), las medidas generales para corregir errores (5 %), los errores diagnósticos (menos del 1 %), y apenas se escribe sobre los resultados de pruebas y sobre las derivaciones. Por este motivo se considera importante promover la investigación sobre la seguridad del paciente en la atención primaria especialmente en los campos siguientes:

- error diagnóstico
- retraso diagnóstico
- el rol del paciente: el paciente como aliado en la prestación de atención sanitaria y en la mejora de la seguridad.
- el rol del profesional: segundas víctimas (impacto de los eventos adversos sobre los profesionales).

Objetivos

1. Promover la investigación sobre la seguridad del paciente.
2. Difundir el conocimiento generado por los proyectos de investigación y contribuir a incrementar la cultura de la seguridad del paciente.
3. Promover la implementación de las medidas evaluadas en la investigación en el marco de la organización.

Acciones

1. Favorecer la participación de los profesionales y de los centros de salud en proyectos de investigación.
2. Favorecer la difusión de los resultados de los estudios de investigación sobre la seguridad del paciente.
3. Adoptar medidas para mejorar la práctica clínica basándose en los resultados de los proyectos de investigación.

Indicadores

1. Número de proyectos impulsados desde la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca relativos a la seguridad del paciente.
2. Número de centros de salud que participan en proyectos de seguridad del paciente.
3. Número de publicaciones relacionadas con la seguridad del paciente.
4. Número de comunicaciones científicas en jornadas y congresos de investigaciones sobre seguridad del paciente.

Línea estratégica 9 Pacientes por la seguridad del paciente

“Estudiar la medicina sin obras de texto es como navegar en un mar del que no existe cartografía; estudiarla sin pacientes es como no ir al mar.”

William Osler, médico y profesor (1849-1919)

Los avances sociales, de la tecnología médica y de la información están produciendo y producirán cambios importantes en el papel que corresponde a los pacientes en el escenario asistencial. El paciente de hoy en día es una persona más autónoma, con un nivel educativo más alto, con capacidad e interés para participar en las decisiones que afectan a su salud, con una cultura de derechos no ya como paciente (sujeto pasivo de la actuación médica) sino como cliente (sujeto que establece una necesidad que quiere satisfacer por medio de una relación contractual más o menos explícita), como usuario (sujeto que utiliza los servicios disponibles de forma voluntaria) y como consumidor (sujeto que recurre a los servicios disponibles, tanto voluntaria como involuntariamente).

Los objetivos de la estrategia se encuadran en el modelo organizativo de salud que persigue la atención centrada en el paciente: es decir, organizar la atención sanitaria pensando más en los pacientes que en los que la facilitan. Mantiene la evidencia y la eficiencia como elementos estructurales, pero tiene en consideración también la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias como factor determinante en la toma de decisiones.⁵³

Aplicar el modelo de atención centrada en el paciente implica estos aspectos, entre otros muchos:²⁴

- Integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención.
- Evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad.
- Formar a los profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades, incluyendo la toma compartida de decisiones.
- Promover la solidaridad social con los pacientes evitando la discriminación laboral y desmitificando la sensación de tragedia asociada a la enfermedad.
- Integrar en la asistencia sanitaria los principios de la Declaración de Barcelona, consensuada por múltiples asociaciones de pacientes.⁵⁴

Esta línea estratégica está en concordancia con las recomendaciones del Programa de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud, que establece específicamente el área de “pacientes por la seguridad de los pacientes” como una de sus seis áreas estratégicas. Desde entonces, las estrategias enfocadas en la participación del paciente para mejorar la seguridad clínica se han convertido en una prioridad, pero sigue siendo en gran medida una tarea pendiente.⁵⁵

Una vez que se consiga implicar al paciente en su salud (atendiendo al principio de autonomía) de una manera activa, haciéndole partícipe de las decisiones sanitarias que le atañen y aprendiendo a formar pacientes expertos, las redes posibilitadoras que se abrirán en la asistencia pueden ser una clara ventaja para la seguridad del paciente.

En las Islas Baleares está en proceso de implementación el Programa Patient Actiu, que incluye la formación de pacientes para que puedan impartir formación a sus iguales.

Objetivos

1. Promover que el paciente y la persona cuidadora reciban información completa y fácilmente comprensible sobre el proceso asistencial y los riesgos que conlleva, y facilitar la toma de decisiones compartida con el equipo que atiende al paciente.
2. Promover la formación de los pacientes y de las personas cuidadoras sobre la enfermedad que padece, los cuidados que requiere, los riesgos que conlleva la atención sanitaria y la prevención.
3. Sensibilizar y formar a los pacientes en materia de seguridad del paciente.
4. Implicar a los pacientes en la comunicación de los incidentes de seguridad.

Acciones

1. Elaborar actividades de educación para la salud dirigida a pacientes, familiares y personas cuidadoras sobre la seguridad del paciente.
2. Revisar, actualizar y difundir documentos de consentimiento informado y hacer que estén disponibles en la historia clínica.
3. Desarrollar acciones formativas para profesionales sobre técnicas de comunicación con los pacientes, como herramienta para mejorar la seguridad del paciente.
4. Elaborar y difundir folletos informativos específicos sobre la seguridad del paciente en los puntos de contacto de los usuarios con la asistencia sanitaria y contar con la opinión y la participación de pacientes en su elaboración y difusión.
5. Integrar la cultura de la seguridad del paciente en las plataformas abiertas a los ciudadanos (Programa Patient Actiu).
6. Proporcionar a los usuarios un sistema de notificación de los incidentes de seguridad y promover que lo usen.
7. Incorporar el uso de quejas, reclamaciones y sugerencias como una herramienta para conocer la percepción y las expectativas de los usuarios sobre la seguridad del paciente.

Indicadores

1. Número de actividades de educación para la salud relacionadas con aspectos de la seguridad del paciente que se han desarrollado en los centros de salud.
2. Proporción de centros de salud que han llevado a cabo al año al menos una actividad de educación para la salud relacionada con la seguridad del paciente.
3. Documentos de consentimiento informado actualizados y disponibles para todos los profesionales de la atención primaria.
4. Número de profesionales formados en técnicas de comunicación con los pacientes como herramienta para mejorar la seguridad del paciente.
5. Difusión en los centros de salud de folletos sobre aspectos relacionados con la seguridad del paciente.
6. Elaboración del formulario de notificación de incidentes de seguridad dirigido a los usuarios.
7. Espacio de información específico sobre la seguridad del paciente en la web de Atención Primaria de Mallorca dirigida a los usuarios.
8. Sistema web de notificación de incidentes de seguridad dirigido a los usuarios.
9. Tasa de notificaciones efectuadas por usuarios.
10. Tasa de notificaciones detectadas en sugerencias y reclamaciones de usuarios.

Glosario

Taxonomía utilizada y definiciones operativas⁵⁶⁻⁵⁸

Efecto adverso

Todo accidente imprevisto e inesperado identificado en el momento de la consulta, que ha causado lesión y/o incapacidad, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Para determinar que el **suceso adverso**→ se debe a la asistencia, los revisores deben puntuar en una escala de 6 puntos (1 = no evidencia o evidencia pequeña; 6 = evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el efecto adverso pueda ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. *A priori* consideramos un punto de corte de ≥ 2 para considerarlo como positivo.

Efecto adverso evitable

Para determinar que el **suceso adverso**→ es evitable, los revisores deben puntuar en una escala de 6 puntos (1 = no evidencia o evidencia pequeña; 6 = evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el efecto adverso pudiera ser evitable. *A priori* consideramos un punto de corte de ≥ 4 para considerarlo como positivo, de acuerdo con su experiencia, la información contenida en el manual operativo y el consenso del periodo de formación.

Efecto adverso grave

Ocasiona el fallecimiento, la incapacidad residual en el momento del alta médica o requiere una intervención quirúrgica.

Efecto adverso leve

Lesión o complicación que no tiene las consecuencias del **efecto adverso grave**← ni del **efecto adverso moderado**→.

Efecto adverso moderado

Es el **efecto adverso**← que ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día (grado 2) o requiere atención en el servicio de urgencias o en una consulta de especialidad (grado 1).

Error de medicación

Efecto que puede evitarse y que es causado por el uso inadecuado de un medicamento, lo cual produce una lesión al paciente mientras la medicación está bajo control del personal sanitario o del paciente o consumidor.

Error médico

Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un **suceso adverso**→.

Incidente

Suceso aleatorio imprevisto e inesperado, relacionado con la atención sanitaria, que no produce daño al paciente. También puede definirse como un suceso que, en circunstancias distintas, podría haber sido un **efecto adverso**← o como un hecho que, no descubierto o corregido a tiempo, puede implicar problemas para el paciente.

Infección relacionada con los cuidados sanitarios

Infección que se desarrolla en un paciente que recibe atención sanitaria en cualquiera de los establecimientos donde se prestan cuidados sanitarios: centros de salud (atención primaria), hospital de agudos (infección nosocomial), hospital de crónicos, residencias de ancianos, ambulatorios, centros de diálisis, cuidados domiciliarios, etc., y que está relacionada con dicha atención (no estaba en el período de incubación ni presente en el momento de la atención). Para clasificarla hay que aplicar los criterios de definición de caso elaborados por los CDC.⁵⁴⁻⁵⁶

Intoxicación accidental por fármacos

Ingesta de productos tóxicos potenciales (fármacos) de forma accidental cuando superan la dosis máxima terapéutica, incluso si intentan mitigar un síntoma y para ello se ingiere una cantidad excesiva (sobredosificaciones), sin la intervención de profesional sanitario alguno.

Reacción adversa a medicamentos

Alteración y/o lesión producida cuando los medicamentos se usan de manera apropiada (son difícilmente evitables).

Reintervención

Procedimiento quirúrgico repetido en un periodo inferior a 30 días y motivado por causas relacionadas con la intervención anterior (p. ej.: dehiscencia de sutura después de extirpar un quiste pilosebáceo).

Suceso adverso

Conjunto de incidentes y efectos adversos.

Para ampliar este glosario puede consultar la página web <psnet.ahrq.gov/glossary>, de Agency for Healthcare Research and Quality.

Bibliografía

1. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC (EE. UU.): National Academy Press, 2000. Disponible en: <[www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report Files/1999/To-Err-is-Human/To Err is Human 1999 report brief.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].
2. AGRA VARELA, Yolanda. *Principios básicos sobre seguridad del paciente: conceptos, herramientas y recursos para la ayuda en la mejora de la seguridad en la atención sanitaria*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2014. Disponible en: <e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
3. Sheikh A, Dhingra-Kumar N, Kelley E, Kieny MP, Donaldson LJ. El tercer reto mundial por la seguridad del paciente: reducir los daños causados por los medicamentos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2017;95:546-546A. Disponible en: <www.who.int/bulletin/volumes/95/8/17-198002/es> [Consulta: 27 sept 2018].
4. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020*. Madrid, 2015. Disponible en: <[www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia Seguridad del Paciente 2015-2020.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia_Seguridad_del_Paciente_2015-2020.pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *10 datos sobre seguridad del paciente* [en línea]. Marzo de 2018. <www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es> [Consulta: 27 sept 2018].
6. Machary MA, Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ* 2016;353:i2139.
7. Obon Azuara B, Gutiérrez Cía I. Problemas legales de los sistemas de notificación de incidentes: ¿qué opinan los profesionales sanitarios? *Revista de Bioética y Derecho* 2013;29:122-135. Disponible en: <revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/download/8090/9992> [Consulta: 27 sept 2018].
8. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. *J Qual Assur*. 1991 Jan-Feb;13(1):10-3.
9. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La seguridad del paciente: una dimensión de la calidad asistencial” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD2.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
10. AGENCIA NACIONAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL REINO UNIDO. *La seguridad del paciente en siete pasos*. Disponible en: <www.sefh.es/bibliotecavirtual/msc/7pasos.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
11. Astier Peña MP, Torijano Casalengua ML, Olivera Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2016;48(1):3-7. Disponible en: <core.ac.uk/download/pdf/82496011.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
12. Saturno PJ. Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calid Asist*. 2009;24(3):93–4. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estrategias-participacion-del-paciente-mejora-S1134282X09711418> [Consulta: 27 sept 2018].
13. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ* 1998;316:1154-7. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1112945> [Consulta: 27 sept 2018].
14. VINCENT, Charles; AMALBERTI, René. *Seguridad del paciente: estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. Madrid: Modus Laborandi, 2016. Disponible en: <www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].

15. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid, 2008. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
16. Singh H, Giardina TD, Meyer AN, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. *JAMA Intern Med*. 2013;173:418-25. Disponible en: <pdfs.semanticscholar.org/574e/6a1caf6395b4443efc045ee89dd81cb315dd.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
17. Singh H; Weingart SN. Diagnostic errors in ambulatory care: dimensions and preventive strategies. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;42(1):115-25. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643195/> [Consulta: 27 sept 2018].
18. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind*. París, 2018. Disponible en: <www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
19. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2014. Disponible en: <www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS_DE_LA_CULTURA_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_EN_ATENCION_PRIMARIA.PDF> [Consulta: 27 sept 2018].
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Technical Series on Safer Primary Care" [en línea]. Diciembre de 2016. Disponible en: <www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en> [Consulta: 27 dic 2018].
21. Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S. Qué hacen los hospitales y la atención primaria para mitigar el impacto social de los eventos adversos graves. *Gac Sanit*. 2017;31(2):150-53. Disponible en: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111630173X> [Consulta: 27 sept 2018].
22. SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD. *Plan estratégico de seguridad de pacientes 2011-2016*. Cáceres, 2011. Disponible en: <[saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado en otro Estado de la UE/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf](http://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/Asegurado%20en%20otro%20Estado%20de%20la%20UE/plan_estrat%C3%A9gico_seguridad_pacientes.pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].
23. TOMÁS VECINA, Santiago. "¿Cómo diseñar un mapa de riesgo?: el mapa de riesgo de los servicios de urgencias". En *Jornada tècnica: "Gestió de la Seguretat dels Pacients"*. AENOR / FIDISP, 2003. Disponible en: <seguretatdelspacients.gencat.cat/web/.content/minisite/seguretatpacients/professionals/jornades/jornada_tecnica_estio_de_la_seguretat_dels_pacients/documents/jornada_tecnica_gestion_sp_santi_tomas.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
24. Pardo Hernández A, Claveria Fontán A, García Urbaneja M, López Barba J. Las unidades funcionales para la gestión de riesgos sanitarios (seguridad del paciente). *Med Clin* 2008;131(3):64-71.
25. Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención de salud: error médico y seguridad del paciente. *Rev Cuba Salud Pública*. 2005;31(3):239-44. Disponible en: <scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n3/spu10305.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suiza), 2016. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
27. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SiNASP)*. Madrid, 2015. Disponible en: <[www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema de Notificacion y aprendizaje. SINASP \(2013\).pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20aprendizaje%20SINASP%20(2013).pdf)> [Consulta: 27 sept 2018].

28. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Rev Calid Asist* 2005;20(4):183-236. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840> [Consulta: 27 sept 2018].
29. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La gestión del riesgo” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD6.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
30. GRUPO DE TRABAJO SESPAS-OMC SOBRE IATROGENIA. *Iatrogenia: análisis, control y prevención*. Disponible en: <elmedicointeractivo.com/wp-content/uploads/2018/01/iatrogenia_documento_omc_sespas.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
31. Villatoro Jiménez V. Errores de seguridad en Atención Primaria. *AMF* 2016;12(11):644-653. Disponible en: <instituciones.sld.cu/pdvedado/files/2016/06/Errores-de-seguridad-en-Atenci%C3%B3n-Primaria.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
32. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. *¿Qué es el sistema español de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano?* [en línea]. 11/09/2015. <www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/SEFV-H/home.htm> [Consulta: 27 sept 2018].
33. Jacobs S, O’Beirne M, Derfiingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors and adverse events in family medicine: developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can Fam Physician* 2007;53(2):270-6. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949126> [Consulta: 27 sept 2018].
34. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS. “Definiciones”. En *Proyecto de investigación de segundas víctimas* [en línea]. <www.segundasvictimas.es/definiciones> [Consulta: 27 sept 2018].
35. AIBAR-REMÓN, Carlos; ARANAZ ANDRÉS, Jesús María. “La comunicación del riesgo: compartiendo decisiones con los pacientes” En MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria* [en línea]. Disponible en: <proyectoidea.com/tutoriales/CD2/pdfs/UNIDAD9.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
36. GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE TERCERAS Y SEGUNDAS VÍCTIMAS. *Guía de actuación para atender a las segundas y terceras víctimas y ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso*. 2015. Disponible en: <https://en.calameo.com/read/0050875481fb155ebdd3a> [Consulta: 27 sept 2018].
37. Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Med Fam*. 2003;4(1). Disponible en: <www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Administrative Errors: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suiza), 2016. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252270/9789241511674-eng.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
39. CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. *Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid*. Madrid, 2015. Disponible en: <docplayer.es/storage/26/7366831/1538127402/eMo1r7mBr65zqTS_lGpTDA/7366831.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
40. AMADO, Ester; CATALÁN, Arantxa; GILABERT, Antoni [et al.]. *La coordinación entre niveles asistenciales mediante la receta electrónica*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, 2014. Disponible en: <aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2014/pdf/coordinacion_receta_electronica_RED_aquas2014.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].

41. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. Ginebra (Suiza), 2016. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
42. ALGUACIL PAU, Ana Isabel; SANTIAGO SÁEZ, Andrés. *Herramientas corporativas en seguridad clínica: las instrucciones de seguridad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (volumen I)*. Madrid: Hospital Clínico San Carlos, 2011. Disponible en: <docplayer.es/storage/26/8109631/1538128967/VOUgRpyH7Nfq5gU0UaYYg/8109631.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
43. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Proyecto MARC: elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos*. Madrid, 2014. Disponible en: <www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2014/Proyecto_MARC_2014.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
44. Garjón Parra J, Gorriño Mendivil J. Seguridad del paciente: cuidados con los errores de medicación. En BIT de Navarra. Mayo-junio 2010;18 (3):31-46. Disponible en: <www.navarra.es/appsext/DescargarFichero/default.aspx?codigoAcceso=PortalDeSalud&fichero=bit/Bit_v18n3.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
45. AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. *Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos*. Madrid, 2014. Disponible en: <www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/plan-estrategico-antibioticos/v2/docs/plan-estrategico-antimicrobianos-AEMPS.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración*. Ginebra (Suiza), 2013. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84918/9789243503370_spa.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
47. Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. *Aten. Primaria*, 2003 oct. 32(6):371-5. Disponible en: <www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13052717&r=27> [Consulta: 27 sept 2018].
48. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía: manual de aplicación* [1ª ed.]. Ginebra (Suiza), 2008. Disponible en: <apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
49. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. *Accesibilidad universal* [en línea]. <www.msssi.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/accesibilidadUniversal.htm> [Consulta: 27 sept 2018].
50. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/SOCIEDAD_ESP_M_FAMC_AP_MGF_OK.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
51. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria y la Asociación Enfermería Comunitaria* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/FEDERACION_ENFER_COMUN_COMUNITARIA_OK.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].
52. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría* ("Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España". Madrid, 2013. Disponible en: <www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/A_S_E_PEDIATRIA_OK.pdf> [Consulta: 27 sept 2018].

53. Añel Rodríguez RM, Cambero Serrano MI, Irurzun Zuazabal E. Análisis de las reclamaciones de pacientes en Atención Primaria: una oportunidad para mejorar la seguridad clínica. *Rev Calid Asist.* 2015;30(5):220-5. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15000871> [Consulta: 27 sept 2018].
54. ASOCIACIONES DE PACIENTES. “Decálogo de los Pacientes” (Declaración de Barcelona). En: I Congreso Español de Pacientes. Barcelona, 20 y 21 de octubre de 2003. Disponible en: <www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2015/05/decalogo-de-los-pacientes-declaracion-de-Barcelona-2013.pdf> [Consulta: 27 dic 2018].
55. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Pacientes en Defensa de su Seguridad – Información general” [en línea]. <www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/es> [Consulta: 27 dic 2018].
56. Aibar C, Aranaz J. ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An Sis Sanit Navar.* 2003; 26(2):195-209. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300002> [Consulta: 27 sept 2018].
57. Aranaz JM. ¿Qué podemos aprender los clínicos del estudio de los sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento? *Med Clín (Barc).* 2006;126(3):97-8.
58. Jacobs S, O’Beirne M, Derfiingher LP, Vlach L, Rosser W, Drummond N. Errors adverse events in family medicine. Developing and validating a Canadian taxonomy of errors. *Can Fam Physician.* 2007;53(2):270-6. Disponible en: <www.cfp.ca/content/53/2/270.long> [Consulta: 27 sept 2018].



SEGURETAT
DEL **PACIENT**
Atenció Primària de Mallorca