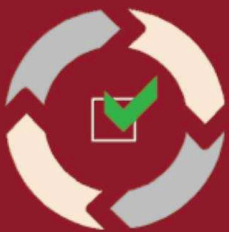


Salud Segura



NÚCLEO DE SEGURIDAD DEL ÁREA I MURCIA-OESTE



Edita:

Núcleo de Seguridad del Área I Murcia-Oeste
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ctra. Murcia-Cartagena, s/n. 30120 Murcia.
Tel.: 968381064 - 986369701
<http://www.murciasalud.es/saludsegura>
Arrinet/Calidad saludsegura.area1.sms@carm.es

Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Cecilia Banacloche, Inmaculada Barceló, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Beatriz Garrido, Ana Martínez, Julio López-Picazo, Ana Moreno, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler.

Coordinador de edición: Julio López-Picazo Ferrer

Suscripción: Envío gratuito. **Solicitudes:** saludsegura.area1.sms@carm.es
e-ISSN: 2340-1915 Salud Segura. D.L. MU 446-2013

Volumen 5, Número 2.

**ABRIL
2017**



En este número:

- *La seguridad del paciente, eje del IV encuentro de supervisores y responsables de enfermería del Área 1 Murcia-Oeste - Arrixaca.*
Comité Editorial
- *Estrategia del Ministerio de Sanidad sobre seguridad del paciente. Implicación de enfermería.*
D. Jesús M^a Casal Gómez.
- *Seguridad del paciente desde la vertiente asistencial.*
Dr Jesús Aranaz Andrés.
- *La voz del usuario a través del Servicio de Atención al Usuario.*
Dra. Virginia Pujalte Ródenas, Dña. Manuela Molina Rodríguez.
- *Eventos adversos HCUVA I: Cirugía lugar equivocado.*
D. Joaquin León Molina, Dra. Ana Belén Moreno López

La seguridad del paciente, eje del IV encuentro de supervisores y responsables de enfermería del Área 1 Murcia-Oeste - Arrixaca.

El pasado 3 de febrero se celebró la IV Jornada de supervisores y responsables de enfermería del Área I Murcia Oeste, organizada por el servicio de Docencia y Formación Continuada del Área I SMS y coordinada por D. Pablo Fernández Abellán, Director de Enfermería Área I. SMS

La jornada fue presentada por el Dr. Pedro Parra, subdirector general de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, el gerente Dr. Juan Antonio Marqués y el director de enfermería D. Pablo Fernández, director de enfermería.



Los objetivos del encuentro fueron:

- Potenciar la cultura sobre seguridad del paciente en el Área I del SMS.
- Conocer la estrategia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre la seguridad del paciente y la implicación de enfermería en ella.
- Reforzar el liderazgo del supervisor. Responsable de Enfermería en cuanto a la preservación de la seguridad del paciente.
- Valorar la visión del usuario sobre su seguridad durante los procesos asistenciales.

Estrategia del Ministerio de Sanidad sobre seguridad del paciente

Implicación de enfermería

Casal Gomez J.

Jefe de Servicio de la Oficina Planificación y Calidad de la Agencia de Calidad del SNS.

La Estrategia de Seguridad del Paciente tiene como objetivos:

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

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) impulsa y promueve la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2005 en colaboración con las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), que integra las aportaciones de los profesionales sanitarios y de los pacientes a través de sus organizaciones. El punto de partida para conocer la magnitud y los factores determinantes del riesgo asistencial en España ha sido los estudios ENEAS, APEAS, EARCAS y SYREC, promovidos por el MSSSI. El estudio EVADUR, des-

arrollado por la Sociedad Española de Medicina Urgencias y Emergencias, ha aportado también información útil en el ámbito de las urgencias.

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo, ya que los primeros estudios datan de 1950, aunque en su momento no atrajeron la atención de forma significativa; en la última década del siglo XX ha sucedido lo contrario desde que el Instituto de Medicina (IOM) de los EE UU publicara en 1999 el informe: "To Err is Human: building a Safer Health System". Su contenido provocó un gran impacto en la sociedad y en la propia comunidad médica al señalar que la mortalidad de pacientes hospitalizados por errores médicos oscilaba entre 44,000 y 98,000 por año, por encima de accidentes automovilísticos, cáncer de mama o SIDA.

Se abordó un recorrido por las distintas áreas, empezando por la Cultura y Formación en Seguridad del Paciente, una segunda parada relativa a las Prácticas SEGURAS, la Gestión del Riesgo, el papel de los Pacientes en la Seguridad del Paciente y la Investigación, finalizando el bloque con un sucinto recorrido por los grandes hitos de la Estrategia de Seguridad del Paciente desde el 2005.

La segunda parte se refirió casi de forma monográfica a las Prácticas Seguras Simples, abordando aspectos tales como el concepto y su utilidad, así como la revisión realizada por el SNS para identificar aquellas recomendaciones que aportasen más valor a los cuidados dispensados en todos los ámbitos del propio sistema de salud.

Finalmente se revisaron las recomendaciones que al respecto se recogen en la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020, haciendo especial hincapié en las más directamente relacionadas con la enfermería.

Seguridad del Paciente desde la vertiente asistencial



Aranaz Andres J.
Jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Ramón y Cajal.

Toda asistencia en sí misma implica un riesgo para el paciente. Ese riesgo se expresa en diferentes fenómenos producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, la existencia de equivocaciones humanas o fallos del sistema.

Para ilustrar las diferentes situaciones que pueden producirse podemos utilizar como ejemplo la administración de un fármaco: entre los factores que pueden llevar a provocar que la administración de un fármaco atente contra la seguridad de un paciente podríamos encontrar un error de prescripción, por ejemplo, en el que la dosis indicada no haya sido la adecuada (posible fallo humano), una confusión entre dos envases casi indistinguibles (apunta más a un fallo del sistema), o la administración de un fármaco a sabiendas de que puede perjudicar al paciente (por ejemplo, la quimioterapia).

Hay dos acepciones de seguridad en el Diccionario de la Real Academia Española que se refieren al sentido en que utilizamos el término en la práctica clínica: cualidad de seguro y fianza u obligación de indemnidad a favor de alguien.

La primera nos redirige al concepto «seguro» que interpretamos como libre y exento de todo peligro, daño o riesgo. Además, la segunda acepción incluye, en cierta medida, la responsabilidad que tiene el sistema de cumplir con esa indemnidad al paciente.

En el contexto de la salud, y en concreto en el de la seguridad clínica, no puede ser tan categórico ya que, como veremos más adelante, no existe prácticamente actuación sanitaria totalmente inocua, por lo que la única forma en que la asistencia conlleva riesgos sería, paradójicamente, no proporcionándola.

Suponiendo que las barreras han fallado (comprobación de la dosis o del principio activo contenido en el envase) y el fármaco ha sido administrado, esto puede tener repercusiones en el paciente o no, es decir, podría provocarle un perjuicio dependiendo del tipo de incidente y de las propias características del paciente.

En este contexto, se define como seguridad del paciente la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida. Es consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales, y mejorarla depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema y supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren o mitigar sus consecuencias.

Entre las dimensiones de la seguridad del paciente encontramos:

- Prevención de infecciones asociadas a los cuidados.
- Seguridad en el uso de los medicamentos.
- Procedimientos y prácticas clínicas seguras.
- Comunicación efectiva a diferentes niveles.

La seguridad del paciente es un espacio común de trabajo para gestores, profesionales y pacientes. Algo que nos preocupa y nos ocupa. Asimismo, podemos considerarlo como un síntoma de dos síndromes: el síndrome de la calidad y el síndrome de la responsabilidad profesional

MODELOS EXPLICATIVOS “EL YIN Y EL YANG”

El yin y el yang es un concepto surgido de la filosofía oriental que se fundamenta en la dualidad de todo lo existente en el universo. Describe las dos fuerzas fundamentales, opuestas pero complementarias, que se encuentran en todas las cosas. En el contexto de la seguridad clínica, el yin corresponde a la adversidad y el yang a la seguridad.

Adversidad y seguridad no son conceptos distintos sino situaciones de un «continuo» de mayor o menor grado de riesgo para el paciente. El riesgo y la seguridad forman un equilibrio dinámico representado por la línea sinuosa que los separa: cuando uno aumenta, el otro disminuye. En el supuesto de la mejora continua de la calidad, se pretende que este equilibrio se vea desplazado al lado yang de la seguridad.

El riesgo y la seguridad pueden transformarse en sus opuestos. En el riesgo hay seguridad y en la seguridad hay riesgo, representado al incluir un núcleo del opuesto, lo que refuerza la idea de que es difícil hallar una práctica sanitaria inocua y que en el estudio del riesgo es posible encontrar medidas de

mejora o de minimización del mismo.



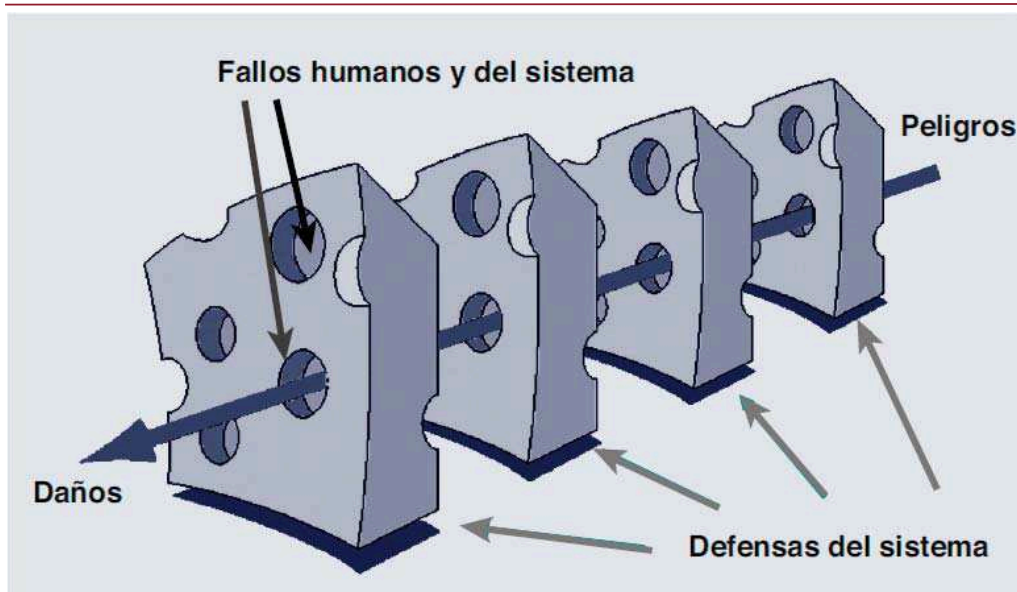
Seguridad y adversidad: el yin y el yang de los servicios sanitarios.

EL QUESO SUIZO

Un modelo clásico en el que se observa gráficamente el papel que juegan los factores predisponentes como los errores humanos o los fallos del sistema es el modelo ideado por J. Reason.

En el mismo se representan, como lonchas de queso, las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos o peligros de las actividades sanitarias y evitar la aparición de efectos adversos en el paciente, en tanto que sus agujeros representan sus imperfecciones.

Cuando se produce un alineamiento simultáneo de los fallos de las barreras— algo que puede ocurrir con mayor o menor frecuencia—, se produce el efecto adverso.



- Liderazgo del equipo de personas.
- Integrar las tareas de gestión de riesgos.
- Promover que se informe.
- Involucrar y comunicarse con pacientes y público.
- Aprender y compartir lecciones de seguridad.
- Implementar soluciones para prevenir daños.

MOVIMIENTOS MEDIOAMBIENTALES

Del movimiento medioambiental, que ha conseguido sensibilizar a la población mundial en cuestiones relevantes como la contaminación o el calentamiento global, pueden aprenderse algunos principios aplicables a las cuestiones de seguridad clínica de los pacientes:

- Es preciso pensar globalmente, teniendo una visión de conjunto de los factores que afectan a la seguridad, pero también es necesario fijar objetivos concretos en centros y servicios y actuar localmente (a pie de cama).
- Es ineludible alinear agendas locales, autonómicas, nacionales e internacionales.
- Es necesario aplicar los principios de sensatez, sostenibilidad y perseverancia.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS

Modelo sobre cómo mejorar la seguridad de los pacientes elaborado por la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. Describe siete pasos para la mejora continua:

- Construir una cultura de seguridad.

La voz del usuario a través del Servicio de Atención al Usuario

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Pujalte Ródenas V¹, Molina Rodríguez M²

¹Coordinadora del Servicio de Atención al Usuario, Área I

²Supervisora del Servicio de Atención al Usuario, Área I.

El núcleo de la actividad sanitaria es el paciente, y hacia él se dirigen todos los esfuerzos para optimizar la atención y la asistencia y obtener los mejores resultados. Todos los profesionales del ámbito sanitario nos vanagloriamos y hacemos referencia a este concepto de que el paciente está en el centro de nuestro interés. Sin embargo, ¿es ésta la visión que tiene el paciente, familiar o acompañante (usuarios en adelante)? ¿Qué está pasando?

Si bien es cierto que la mayoría de los usuarios están conformes con las cuestiones científico-técnicas de la asistencia, no es así con temas relacionados con el entorno asistencial, la accesibilidad, las demoras en la atención, la suspensión de actos programados, los recursos materiales, la organización y coordinación entre servicios, el factor humano o la interrelación entre el paciente y los profesionales.



La visión del paciente en el tema de seguridad se recoge en el Servicio de Atención al Usuario (SAU) a través de sugerencias, quejas y reclamaciones, suponiendo un 2% de la actividad total; en aquellos casos en que el evento

tiene una gran repercusión se suelen saltar la vía de reclamación a través del SAU y dirigirse directamente a la vía Jurídica y/o Patrimonial.

En la base de datos de la Consejería de Sanidad, SUGESAN, en la que se registran todas las reclamaciones, existe un código específico para aquellas relacionadas con Seguridad del Paciente, para llevar un seguimiento preciso de los casos.

El SAU aporta la información que le llega desde los usuarios al Núcleo de Seguridad del Área I, en el que se revisan todas las notificaciones de eventos adversos en el Área realizadas a través del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP), para su investigación, análisis y posterior puesta en marcha de los correspondientes planes de control y/o ciclos de mejora.

SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

Los Servicios de Atención al Usuario nacen como un nexo de unión entre la administración sanitaria y los pacientes, que se sienten desprotegidos ante cualquier situación delicada. Se encargan de ayudar con cualquier problema, resolver dudas y trasladar quejas a donde corresponda.

En el Área I, el SAU está distribuido en tres áreas: cada Centro de Primaria, el Centro de Especialidades Dr. Quesada y La Arrixaca - Centro Gestor.

Sus funciones son:

- Informar y asesorar a los usuarios sobre todo tipo de gestiones, presencial o vía telefónica, incluyendo las normas de funcionamiento y procedimientos de la institución
- Colaborar en la difusión y divulgación de la ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, entre el personal del SMS
- Gestión de todo tipo de documentos y pruebas
- Mediación de conflictos
- Ayudar en la derivación de los pacientes a los servicios, facilitando los re-

curso necesario y la respuesta más adecuada para resolver de la mejor manera posible sus quejas.

- Ayudar en la investigación individual de cada caso y en la búsqueda de información para responder adecuadamente.
- Dirigir las quejas y reclamaciones al personal implicado y actuar como intermediario y mediador en representación de pacientes y familiares.
- Analizar los datos referidos a quejas y reclamaciones, que permitan planear actuaciones y recomendaciones de mejora en los procedimientos o circuitos organizativos.
- Participar en la evaluación de las respuestas a las quejas y reclamaciones que podrían implicar problemas legales, si no se responden adecuadamente.

MARCO LEGAL

- Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de La autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.
- Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

- Real Decreto 1171/2003, de 12 de septiembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican directivas sobre reconocimiento profesional, y se modifican los correspondientes reales decretos de transposición
- 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.
- Orden de 6 de marzo de 2003, de la Consejería de Economía y Hacienda por la que se dictan instrucciones en relación a la implantación de las cartas de servicio en la Administración Pública de la Región de Murcia.
- Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad, sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios.
- Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia.

EL VALOR DE LAS SUGERENCIAS, RECLAMACIONES Y QUEJAS. INFORMACIÓN ESTRATÉGICA.

Sólo el 4% de los clientes hace una reclamación. Probablemente en el ámbito sanitario sea menor. La reclamación es un instrumento de mejora de la Calidad con mayúsculas, que está ligada a trabajar en todo momento con la meta de lograr cero fallos, no siendo útil el echarse la culpa unos a otros de los errores que se puedan haber cometido, teniendo en cuenta que cada problema suele tener una causa que puede ser identificada y, de forma más o menos sencilla, eliminada.

Una de las dimensiones claves de la Calidad es la Seguridad, estando plenamente vigente el principio hipocrático de “primum non nocere”o “ante todo

no hacer daño”. Calidad es adecuación a las necesidades del cliente, siendo lo mejor y más económico hacer las cosas bien a la primera.

Las reclamaciones y comentarios por parte de los usuarios son elementos reales que representan la manera más fiable, precisa y rápida de obtener información sobre cómo se sienten y la opinión que les merecen los servicios que ofertamos. La eficiencia del proceso debe llevar hacia la comprensión de los motivos

y causas que han generado las reclamaciones, aumentar la prioridad de las reclamaciones dentro de la organización con el fin de cambiar lo necesario para evitarlas y ofrecer resultados que demuestren un compromiso hacia sus usuarios.



Si además de la percepción de la calidad del servicio que tienen de nuestra actividad pensamos en las indemnizaciones que deben hacerse con base a las reclamaciones, es muy posible que profesionalizar la gestión de las reclamaciones sea un proyecto que se amortice con creces y muy rápidamente.

¿POR QUÉ EL AUMENTO PROGRESIVO DEL NÚMERO DE RECLAMACIONES?

Expectativas de los usuarios

- 1 Se da por hecho el derecho a la asistencia, diagnóstico y tratamiento, incluyendo todas las técnicas necesarias, y por supuesto sin errores.

- 2 Se exige cortesía, amabilidad, habitabilidad, comida digna, limpieza, información y comunicación, identificación profesionales, ...
- 3 Aumento de las exigencias por parte de los usuarios, más formados y con más acceso a la información, además de “Lo quiero todo y lo quiero ya”.
- 4 Situación de indefensión, que hace a nuestros usuarios “Clientes Especiales”.

Satisfacción de los profesionales

La satisfacción de los usuarios siempre va de la mano de la satisfacción de los profesionales.

- 1 Sobrecarga tareas, cansancio, burn out, desatención, pacientes insolentes y maleducados,...
- 2 Regla de “café para todos”=Ausencia herramientas incentivadoras o correctivas.
- 3 Búsqueda de la satisfacción personal por encima de las del paciente: horarios, atenciones, tiempos, organización de agendas, de quirófanos,...
- 4 Excusas: como por ejemplo que la causa de todos nuestros problemas es que estamos en crisis y tenemos muchos recortes...
- 5 Dificultades para aceptar y aprender de nuestros errores.

Compromiso de la Organización

- 1 Hacer frente a una demanda sanitaria cada vez mayor con recursos limitados.
- 2 Presión de la industria, farmacéutica y tecnológica, con técnicas y tratamientos de alto coste.

- 3 Presión de los diferentes Grupos de Interés. Campañas dirigidas a los ciudadanos, que en ocasiones crean falsas expectativas y generan un gasto inasumible por las Administraciones.
- 4 Dificultad en invertir en medidas que supongan un aumento en la satisfacción de los profesionales, lo que redundaría en una mejora en habilidades esenciales para facilitar la comunicación efectiva de los equipos de trabajo y la adecuada interacción con el paciente.



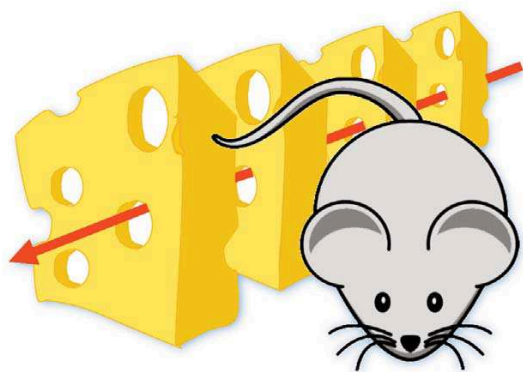
En la **segunda** parte de la sesión se realizó una presentación de los datos de reclamaciones y agradecimientos recibidos en el Área de Salud I durante el año 2015 y 2016, estructurándose en cuatro apartados:

- Gestiones
- Trabajo social
- Datos globales y de enfermería
- Motivos más frecuentes

Finalmente, se presentaron algunos ejemplos reales de reclamaciones:

- Accesibilidad telefónica. Pacientes de Cehegín/Jumilla.
- Alta de hospitalización sin explicaciones.
- Paciente anciana fallecida en planta.
- Dificultad de coordinación entre los servicios implicados.

Algunas personas del SAU. De izquierda a derecha: Encarna García Campuzano, Virginia Pujalte Ródenas, María Cerdá Lardín.



El ratón de Leape. Cirugía en el lugar equivocado

El ratón de Leape es una sección de SALUD SEGURA donde bosquejamos el estado de la cuestión en temas relativos a seguridad del paciente, o comentamos artículos recientes. La idea es que sirva como base para autoevaluar nuestras actuaciones y saber qué hacer para mejorar. Utilizamos artículos o conclusiones (principalmente metanálisis y revisiones sistemáticas) que pueden ser recuperados o solicitados a la Biblioteca Virtual MurciaSalud, a la que todos tenemos acceso gratuito. Usamos preferentemente las bases de datos PubMed y Cochrane filtrando por tipo de documento y limitando el periodo a los últimos 3 ó 5 años, según los casos. Para la búsqueda tecleamos los términos pertinentes (inglés/castellano) con los booleanos AND, OR, NOT. Hoy hablamos de la cirugía practicada en el sitio equivocado.

León Molina J¹, Moreno López, AB²

¹Enfermero Documentalista. Área Gestión Aparato Digestivo.

²Médico. Unidad de Calidad Asistencial.

BÚSQUEDA DOCUMENTAL

Términos de búsqueda: cirugía lugar equivocado (wrong site surgery); safety (seguridad).

Fuentes bibliográficas. Bases de datos: Web of Knowledge - Fecyt; PubMed.

Documentos identificados: 55.

Documentos utilizados: 23.

Gestor bibliográfico: EndNote.

La cirugía en el lugar incorrecto es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal.

La conciencia de que errar es humano y la voluntad individual de reconocer y prevenir errores son los prerrequisitos para reducir y prevenir la cirugía del sitio equivocado.

La seguridad del paciente es un tema de crucial relevancia para los enfermos y para el sistema de salud, tanto para los gestores como para los profesionales sanitarios. Las intervenciones quirúrgicas constituyen una parte indispensable de la actividad asistencial, de volumen creciente, que en ocasiones representan la única alternativa terapéutica de una enfermedad, con finalidad paliativa o curativa. Independientemente de todas las bondades asociadas, la realización de cirugía siempre entraña riesgos, los cuales deben ser evitados o minimizados

¿Qué se entiende por cirugía de sitio equivocado?

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation define la cirugía de sitio erróneo como un incidente de seguridad grave y prevenible (evento centinela) del área quirúrgica que puede dar lugar a daño temporal o incluso permanente, con repercusiones importantes no solo a nivel individual, sino también para la salud pública, por las consecuencias negativas sobre la credibilidad de los profesionales sanitarios, así como por su impacto financiero y legal.

Este evento requiere realizar inmediatamente un análisis minucioso de los factores condicionantes que han facilitado su aparición y establecer los cambios precisos para que no vuelva a ocurrir. De manera proactiva, deben adoptarse medidas preventivas que eviten dichos incidentes. A pesar de estar identificados los riesgos relacionados y propuestos los procedimientos para minimizar los riesgos, los errores continúan sobrepasando las redes de seguridad existentes y los pacientes resultan perjudicados (1-3).

El término habitualmente engloba los casos de cirugía en la persona equivocada, en el órgano, lado o extremidad equivocada, o en un nivel vertebral incorrecto. También comprende cirugías equivocadas (efectuar una histerectomía con salpingooforectomía cuando solo estaba indicada una histerectomía), y procedimientos de lado equivocado que no son propiamente cirugías (un bloqueo nervioso o un procedimiento endovascular en sitio incorrecto). Este tipo de eventos está considerado por la OMS entre aquellos que nunca deben ocurrir (never events) (4-7).

La cirugía en sitio incorrecto ocupa el primer lugar en los registros de la Joint Commission sobre **eventos centinela**. Aunque el problema parece ser raro, la incidencia real de estos errores es difícil de medir ya que se estima que el número de casos no declarados es muy elevado. La mayoría de los casos se han registrado en cirugía ortopédica, a pesar de que ocurre en todas las especialidades quirúrgicas (8). Por todo ello, se ha propuesto que los hospitales se adhieran a una cultura de "Cero tolerancia" para favorecer la seguridad del paciente quirúrgico (9).

Con independencia de la frecuencia de casos y especialidades concretas, la cirugía del sitio erróneo acarrea graves consecuencias para el paciente, el cirujano y la institución sanitaria, por lo que es preciso poner en marcha todas las medidas necesarias para evitar estos casos (7, 10, 11).

En todos los procedimientos quirúrgicos, la identificación del paciente específico, el sitio quirúrgico adecuado y la lesión patológica para la intervención quirúrgica son preocupaciones cruciales para la seguridad del paciente (12). Los problemas en la comunicación se han identificado como la su causa principal de los errores (9).

Factores de riesgo

Existen una serie de factores de riesgo para la cirugía en el lugar erróneo tales como las intervenciones urgentes, cirugías múltiples en el mismo paciente, presión asistencial, obesidades, empleo de equipamiento nuevo, operaciones simultáneas en dos quirófanos, factores de distracción, problemas de comunicación en los equipos, ausencia de Historia Clínica en el quirófano y ausencia de protocolos de prevención (6, 7, 11, 13).

Protocolos de seguridad. Evidencia

Desde el informe To Err is Human* se han llevado a cabo programas basados en sistemas para evitar la cirugía del sitio erróneo. A partir del 1 de julio de 2004, la Comisión conjunta sobre la Acreditación de Organizaciones de Salud ordenó que los hospitales cumplieran con el Protocolo Universal de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation (4, 12).

La probabilidad de error durante la vida profesional de un cirujano es alta, pero dada su baja incidencia global, es difícil medir el impacto real de los protocolos adoptados (5). Dicho inconveniente no implica que las intervenciones conductuales u organizativas que han sido probadas no sirvan, entre otras razones, porque es muy difícil demostrar resultados en eventos de baja incidencia.

Los conceptos de seguridad deben tratarse en los planes docentes de la titulación e integrarse en la formación continuada de los sanitarios. Es necesario integrar la cultura de seguridad en la actividad diaria de los profesionales para poder garantizar el cumplimiento de protocolos que garanticen una cirugía segura, basada en protocolos y listas de chequeo.

La participación activa de los directivos con el fin de evitar conflictos de responsabilidad en los diferentes estamentos es fundamental (7).

Prevención y notificación. Lista de verificación quirúrgica.

Partiendo de la premisa de que la cirugía segura es una prioridad de Salud Pública y que no hay cirugía exenta de riesgo, podemos contemplar que mediante la aplicación de un protocolo de prevención de cirugía en lugar erróneo conseguiremos disminuir los riesgos relacionados con la cirugía y aumentaremos la seguridad del paciente y la calidad asistencial (7).

Para ayudarnos a conseguirlo disponemos de una serie de estrategias, documentos, alertas y recomendaciones que buscan un mismo objetivo: "lugar correcto, procedimiento correcto y persona correcta" (7). En cualquier caso, han de aplicarse una serie de controles preoperatorios de manera metódica y sistemática (14).

La lista de verificación de seguridad quirúrgica es una herramienta desarrollada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, para ayudar a los profesionales de la salud a mejorar la seguridad de los pacientes durante la cirugía. Permite mejorar el cumplimiento de los protocolos de seguridad recomendados por la comunidad científica y, en consecuencia, reducir la incidencia de complicaciones (15-18).

Una práctica clínica segura consiste en identificar los procedimientos clínicos

diagnósticos y terapéuticos más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente. Los sistemas de notificación permiten el registro de incidentes que afectan a la seguridad de los pacientes con el objetivo de analizarlos y aprender de ellos (19).

Las alertas de seguridad se originan generalmente a partir de los datos que proporcionan los sistemas de notificación. Pretenden llamar la atención sobre determinados incidentes a los que conviene prestar especial atención tanto por su potencial impacto sobre los pacientes como por su posibilidad de prevención (19).

Existen varios conceptos recurrentes en la bibliografía consultada en relación a la prevención de la cirugía en sitio erróneo: el tiempo fuera o muerto, el marcaje, la comunicación interprofesional y la documentación de la actividad sanitaria.

El tiempo fuera es la pausa quirúrgica que se realiza en la sala de operaciones inmediatamente antes de iniciar la cirugía. Su propósito es garantizar la seguridad del paciente. Este tiempo de espera incluye la verificación del paciente correcto, procedimiento, sitio (por ejemplo, órgano, extremidad, nivel vertebral, lateralidad), cirujano y posición, así como que el equipo sea el adecuado y la instrumentación e implantes estén disponibles. Es fundamental la participación de todo el equipo y resolución de las posibles dudas relacionadas con la cirugía (5, 9, 12, 20, 21).

El marcaje del sitio quirúrgico es la señalización con tinta indeleble de la parte del cuerpo donde se realizará la incisión. El propósito es eliminar la posibilidad de realizar el procedimiento quirúrgico en un sitio erróneo.

Este procedimiento se aplicará en todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente y debe realizarse antes de que el paciente sea trasladado a

la sala quirúrgica. Se debe elaborar la "autorización para el marcaje". El profesional de enfermería responsable del paciente verificará que el procedimiento de marcaje se haya realizado y, en caso contrario, deberá registrar el hecho en la nota de enfermería y notificarlo verbalmente cuando entregue al paciente en el preoperatorio, en donde se le solicitará al médico que lo realice (5, 12, 22).

Recomendaciones de seguridad

La aplicación del protocolo de seguridad se inicia en la primera visita del paciente a la consulta. Deben quedar correctamente reflejados en la historia clínica los datos de filiación, el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico que se va a realizar. Es importante que la información de la historia clínica y del consentimiento informado sea concordante en cuanto al procedimiento y a la lateralidad, y siempre debe obtenerse en la consulta y nunca en el quirófano (5).

Por otro lado, la cultura de seguridad clínica se define como el conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de un grupo o una organización (19). De poca utilidad será que la historia clínica esté correctamente documentada si los cirujanos no la consultan antes de entrar al quirófano y no colaboran activamente en la preparación de los pacientes (6, 9).

Ningún protocolo prevendrá todos los casos. Por lo tanto, quedará finalmente en la responsabilidad del cirujano el asegurar el sitio correcto de la operación en cada caso (4). La seguridad del paciente es una característica intrínseca de la atención médica. Los profesionales de medicina deben ser un ejemplo de cumplimiento y defensores activos de los sistemas de seguridad existentes

Bibliografía

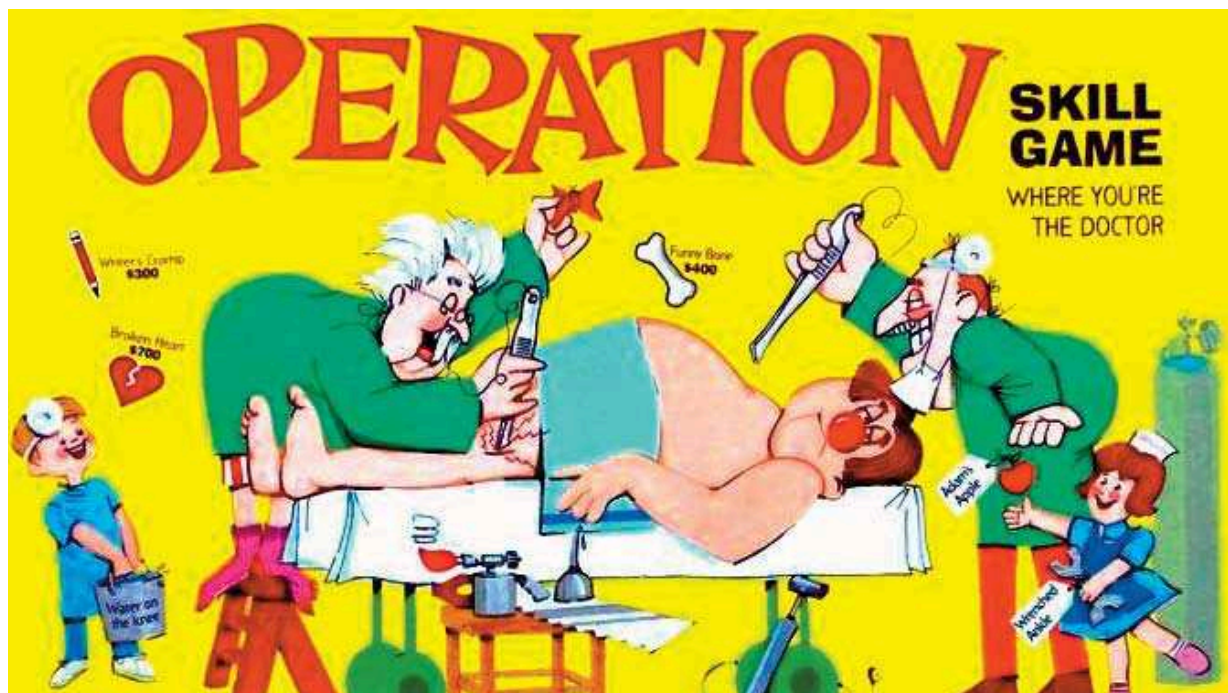
- Poore SO, Sillah NM, Mahajan AY, et al. Patient safety in the operating room: I. Preoperative. *Plast Reconstr Surg.* 2012; 130(5): 1038-47. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23096604>
- Rampersad S, Rossi MG, Yarnell C, et al. Wrong site frenulectomy in a child: a serious safety event. *Anesth Analg.* 2014; 119(1): 141-4. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24945126>
- Elghrably I, Fraser SG. An observational study of laterality errors in a sample of clinical records. *Eye (Lond).* 2008; 22(3): 340-3. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980925>
- Kwaan M, Studdert D, Zinder M, et al. Incidencia, patrones y prevención de la cirugía del sitio equivocado. *Arch Surg.* 2006; (141): 353-8. Accesible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=41084>
- García-Germán D, Sanz-Martín J. Cirugía en sitio erróneo. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2009; 53(5): 332-9. Accesible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-cirugia-sitio-erroneo-S1888441509000915>
- García-Germán D. Cirugía en sitio erróneo en cirugía ortopédica y traumatología. Estudio de sentencias judiciales y reclamaciones. *Trauma Fund MAPFRE.* 2010; 21(4): 256-61.
- Coheña M. Prevención de la Cirugía del lado erróneo en podología. *Revista Española de Podología.* 2014; 25(2): 46-9.
- Ambe PC, Sommer B, Zirngibl H. Wrong site surgery : Incidence, risk factors and prevention. *Chirurg.* 2015;86(11):1034-40. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25673117>
- Cote L. Lista de verificación
- Asunción Márquez J, López Gutiérrez A, Pérez Martínez V, et al. Surgery on the wrong side: implication for the patient and the professional. Experience in a Major Ambulatory Surgery of the Foot Unit. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2012; 56(2): 104-14. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594751>
- Alleemudder A, King P, Mehta S. Point of technique: reducing wrong-side errors for endourology procedures. *Urology.* 2014; 84(6): 1541-3. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25307735>
- Wong DA. Spinal surgery and patient safety: a systems approach. *J Am Acad Orthop Surg.* 2006; 14(4): 226-32. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16585364>
- D'Addessi A, Bongiovanni L, Volpe A, et al. Human factors in surgery: from Three Mile Island to the operating room. *Urol Int.* 2009; 83(3): 249-57. Accesible en:

14. Prevention of wrong-site and wrong-patient surgical errors. *Prescribe Int.* 2013; 22(134): 14-6. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23367678>
15. García-París J, Coheña-Jiménez M, Montaña-Jiménez P, et al. Implementation of the WHO "Safe Surgery Saves Lives" checklist in a podiatric surgery unit in Spain: a single-center retrospective observational study. *Patient Saf Surg.* 2015; 9: 29. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26322126>
16. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, et al. Effectiveness of Surgical Safety Checklists in Improving Patient Safety. *Orthopedics.* 2016; 39(2): e307-10. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942472>
17. Fowler AJ. A Review of Recent Advances in Perioperative Patient Safety. *Ann Med Surg (Lond).* 2013; 2(1): 10-4. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26977290>
18. Chan DK, Gallagher TH, Reznick R, et al. How surgeons disclose medical errors to patients: a study using standardized patients. *Surgery.* 2005; 138(5): 851-8. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16291385>
19. Grau J, Santiña A, Combaloa A. Fundamentos de seguridad clínica en cirugía ortopédica y traumatología. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2010; 54(4): 251-8. Accesible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirurgia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-fundamentos-seguridad-clinica-cirurgia-ortopedica-51888441510000433>
20. Dillon KA. Time out: an analysis. *AORN J.* 2008; 88(3): 437-42. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790103>
21. Miller KE, Mims M, Paull DE, et al. Wrong-side thoracentesis: lessons learned from root cause analysis. *JAMA Surg.* 2014; 149(8): 774-9. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24920222>
22. Giles SJ, Rhodes P, Clements G, et al. Experience of wrong site surgery and surgical marking practices among clinicians in the UK. *Qual Saf Health Care.* 2006; 15(5): 363-8. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074875>
23. Wong DA, Watters WC. To err is human: quality and safety issues in spine care. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007; 32(11 Suppl): S2-8. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17495581>

Documentos y Web de interés

- 1 Asociación Española de Cirujanos. La seguridad del paciente en Cirugía: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/8_Pedro_Ruiz_ppt.pdf
- 2 Centro de Investigación Clínica para la Seguridad Clínica de los Pacientes. Alerta número 4: Cirugía en el lugar erróneo: http://fad.onmedic.net/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%204%20Cirugia_v2.pdf
- 3 Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/EBJCIH14S_Sample_Pages.pdf
- 4 Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico Guía Salud (pendiente de actualización): http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_478_Seguridad_Paciente_AIAQS_compl.pdf
- 5 LISTA OMS DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MANUAL DE APLICACIÓN: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70083/1/WHO_IER_PSP_2008_05_spa.pdf
- 6 Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44233/1/9789243598598_spa.pdf

OPERAR NO ES UN JUEGO



**SIGUE LAS RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD
PASA EL CHECK-LIST QUIRÚRGICO**