

Salud Segura



Volumen 7, Número 3

3º trimestre
JULIO
SEPTIEMBRE

2019



EN ESTE NÚMERO:

- *La Arrixaca se une al programa "Cirugía Segura".*
Inmaculada Vidal-Abarca, Paloma Doménech.
- *Paracetamol, medicamento de "alto riesgo" en pediatría.*
María José Blázquez, Pablo de la Cruz Murie, Beatriz Garrido
- *¿Qué tal es la cultura de seguridad en el área quirúrgica de la Arrixaca?*
Julio López-Picazo, Ana Belén Moreno, M^ªCruz Moreno.
- *Bioética y seguridad del paciente.*
Joaquín León.

Edita:

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



Comité editorial:

Carlos Albacete, Tomasa Alcaraz, Antonia Ballesta, José Blanco, Cecilia Banacloche, Magina Blázquez, Pilar Ferrer, Mar Galindo, Beatriz Garrido, Julio López-Picazo, Juana M^ª Marín, Virginia Pujalte, Soledad Sánchez, Pedro Soler, Inmaculada Vidal-Abarca.

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

La Arrixaca se une al programa "Cirugía Segura"

Dra. Inmaculada Vidal-Abarca¹
Dra. Paloma Doménech²

¹ Unidad de Calidad Asistencial

² Anestésista. Comisión de Seguridad Quirúrgica.



"Cirugía Segura" es un programa financiado y promovido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, liderado por la Asociación Nacional de Cirujanos en colaboración con diferentes sociedades científicas de cirugía y apoyado por las CCAA. Está concebido como un proyecto de intervención preventiva a largo plazo con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad en el paciente quirúrgico, mejorar el proceso de prevención de los eventos adversos o complicaciones derivadas de los fallos de seguridad y promover la cultura de seguridad en el ámbito quirúrgico. Todo ello a través de la formación, el aprendizaje de los errores y el trabajo en equipo, aplicando medidas preventivas ampliamente avaladas por la evidencia científica y compartiendo estrategias en la aplicación de las prác-

ticas para la seguridad del paciente.

El ámbito del estudio son todas las intervenciones quirúrgicas, haciendo especial énfasis en la cirugía con ingresos sobre la ambulatoria y en las especialidades quirúrgicas con mayor incidencia de eventos adversos y mayor volumen de intervenciones.

En una primera fase, desarrollada en el año 2017 se realizó un estudio piloto con varios centros a nivel nacional con especial interés en la participación en el mismo y actualmente está en la fase de adhesión del resto de hospitales del SNS (2018-2020) incluyendo a todos los centros que voluntariamente opten por participar en el programa; nuestro Hospital es uno de ellos.

El grupo de trabajo está liderado por un grupo nacional. A nivel autonómico está coordinado por la Subdirección de Calidad y Seguridad del SMS. Además, cada centro tiene un grupo de trabajo compuesto por un especialista quirúrgico, un enfermero/a, un anestesiólogo/a, y un responsable nombrado por la dirección del hospital. La responsable del programa en la Arrixaca es Paloma Doménech (anestésista).

En la plataforma digital www.cirurgiasegura.es se encuentra toda la información del programa incluyendo documentación, cursos de formación, enlaces de interés, y donde se pueden consultar los resultados de los centros y los promedios del conjunto de los centros participantes (para disponer de esa información las unidades que forman parte del mismo introducirán periódicamente sus datos).

¿POR QUÉ UN PROGRAMA DE CIRUGÍA SEGURA?

Este programa surgió a raíz de una revisión realizada en el año 2013 de 14 estudios que incluían a 16.424 pacientes y en la que se observó una incidencia de eventos adversos del 14,4% (IC95% 12,5-20,1) de los cuales un 3,6 % (IC95% 3,1-4,4) tuvieron como resultado la muerte del paciente. En dicha revisión se concluyó que **1 de cada 20 pacientes quirúrgicos experimentaba un evento adverso prevenible**. En España la incidencia de eventos adversos debidos a cirugía se sitúa en torno al 10,5 % de los cuales más de la tercera parte serían evitables (36,5%), siendo los errores más comunes los relacionados con

- Identificación del paciente,
- Procedimiento,
- Localización del sitio quirúrgico,
- Problemas con el equipamiento para la inducción de anestesia,
- Uso de equipos no estériles,
- Olvido de material usado durante la intervención dentro del paciente,
- ...

LA LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA, UN ELEMENTO FUNDAMENTAL

La complejidad en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos requiere de un equipo quirúrgico coordinado para prevenir, en la medida de lo posible estas complicaciones. El listado de verificación quirúrgica de la OMS (“check list”) se creó dentro del programa “la cirugía segura salva vidas” como una estrategia efectiva para prevenir complicaciones derivadas del equipo de trabajo que podrían ocurrir previamente o durante la intervención quirúrgica en sí.

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

La evidencia actual disponible acerca de la cirugía segura y otros aspectos relevantes en el paciente quirúrgico recogidos en este programa, apoyan el uso del LVQ como método para reducir los eventos adversos quirúrgicos y mejorar globalmente las complicaciones asociadas a la cirugía (infecciones, complicaciones tromboembólicas, etc.).

Esto es así porque los LVQ reducen los errores al asegurar que todas las tareas relevantes para la seguridad del paciente se realicen, potencian la existencia de equipos de trabajo más transversales y menos jerarquizados, favorecen la comunicación entre ellos, detectan errores en el menor tiempo posible y anticipan posibles complicaciones.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE "CIRUGÍA SEGURA"

Los equipos que participan en este proyecto tienen que cumplir las actividades específicas del programa:

Medidas sobre seguridad del paciente.

- Complimentar el listado de verificación quirúrgica, que se organiza en tres secciones: antes de la inducción de la anestesia (7 ítems), antes de la incisión quirúrgica (10 ítems) y antes de que el paciente abandone el quirófano (5 ítems).
- Aplicar de una profilaxis antibiótica adecuada.
- Prevenir incidentes relacionados con la cirugía (cirugía/anestesia en sitio/paciente erróneo, error de medicación, cuerpos extraños, etc.).
- Protocolización la profilaxis tromboembólica.
- Prevención de errores de medicación en quirófano mediante la protocolización del etiquetado de medicamentos.

Medidas sobre cultura de seguridad.

- Evaluación de la cultura de seguridad: Hay que realizar una medición basal de la cultura de la seguridad al inicio del programa (en la Arrixaca lo hicimos recientemente) para posteriormente ir valorando la mejora continua en seguridad del paciente y la cultura de su unidad. Para realizar dicha evaluación se utiliza la versión española del “Hospital Survey on Patient Safety Culture”.
- Formación en seguridad del paciente. El programa ofrece un curso “On line” de seguridad del paciente (básico y avanzado). Se dispone también de un test de autoevaluación.
- Identificación de errores en la práctica habitual. El equipo encargado del proyecto en cada centro debe promover la realización de sesiones con los miembros del bloque quirúrgico para identificar, analizar y priorizar los problemas clínicos u organizativos que reducen o interfieren la calidad del cuidado y la seguridad del paciente y fomentar la notificación de estos incidentes en SiNASP. El programa incluye un cuestionario sobre seguridad en el bloque quirúrgico.
- Identificación de incidentes evitados por el uso del LVQ.

CIRUGÍA SEGURA BASADA EN LA EVIDENCIA

Cirugía Segura recoge también las recomendaciones basadas en la evidencia acerca de los siguientes contenidos, que disminuyen el riesgo de eventos adversos:

- a) Profilaxis de enfermedad tromboembólica.
- b) Normotermia.
- c) Tratamiento de carbohidratos preoperatorios.
- d) Ayuno preoperatorio.

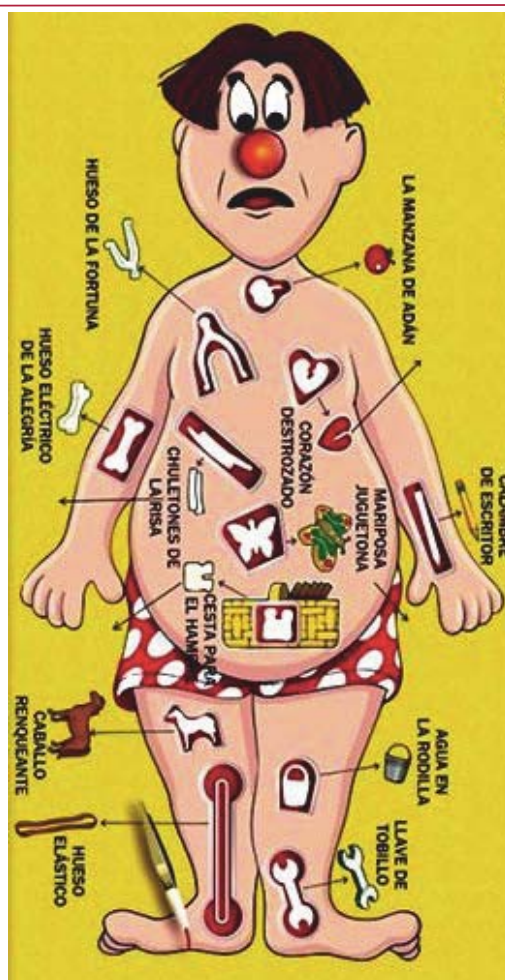
e) Profilaxis antibiótica y medidas para disminuir la infección durante el periodo perioperatorio:

- Retirada del vello
- Ducha preoperatoria
- Ropa para los pacientes
- Ropa para el personal de quirófano
- Preparación antiséptica de la piel antes de la incisión
- Campos quirúrgicos autoadhesivos
- Irrigación de la herida

¿QUÉ MEDIMOS EN LA ARRIXACA SOBRE CIRUGÍA SEGURA?

Desde la Unidad de Calidad se están monitorizando varios indicadores para valorar el nivel de seguridad de la cirugía en nuestro Hospital. La mayoría de ellos están incluidos en los Pactos de Gestión (y por ello en la Carrera Profesional) suscritos con la Gerencia y el SMS.

En la página siguiente tenéis una tabla con los más importantes, su valor obtenido en 2018 y nuestro compromiso para 2019. En tus manos está que la Arrixaca pueda alcanzarlos.



Operar no es un juego
Únete a CIRUGÍA SEGURA

INDICADOR DE SEGURIDAD	Valor 2018	Objetivo 2019
Infección ILQ tras cirugía colorrectal	30%	≤10%
Infección ILQ tras Q prótesis cadera (HPRO)	5%	≤3%
Infección ILQ tras Q prótesis rodilla (KPRO)	0%	≤3%
Adecuación Profilaxis Antibiótica en el paciente quirúrgico	Adecuada: 100% indicación, 98% antibiótico, 78% momento, 57% duración	≥90% adecuada: con antibiótico, momento de administración, dosis y duración recomendadas por la GPA.
Utilización del Listado de Verificación Quirúrgica.	94% en cirugía programada 37% en cirugía urgente	≥90% en cirugía programada ≥50% en cirugía urgente
Eliminación correcta vello	-	No está indicado y no se hace o sí lo está y se realiza con maquinilla eléctrica u otro método que no sea "rasurado con cuchilla"
Ayunas (mediana)	8 horas	Ayuno preoperatorio de 2 horas para líquidos claros y de 6 horas para alimentos sólidos
Pincelado correcto con clorhexidina	-	clorhexidina al 2% salvo razón justificada y documentada
Control de normotermia	-	En cirugía >2 h de duración: mantener temperatura corporal >35,5° antes durante y después de la intervención
Uso seguro medicación	SI	SI
Profilaxis tromboembólica al alta en cirugía de cáncer colorrectal	89% adecuada	≥85%
Profilaxis tromboembólica al alta en cirugía de fractura de cadera y/o artroplastia de rodilla	86% adecuada	≥85%

Paracetamol, medicamento de "alto riesgo" en pediatría

María José Blázquez, Pablo de la Cruz Murie, Beatriz Garrido
Farmacéuticos. Servicio de Farmacia. Arrixaca

¿QUÉ SUCEDIÓ?

Se ha recibido una notificación en SiNAPS en relación a un incidente relacionado con la administración de paracetamol en una dosis 10 veces mayor a la indicada, en un lactante hospitalizado en la Arrixaca, por error en el cálculo de dosis al preparar el medicamento.

Se trataba de un paciente de 4 meses que tenía pautado en prescripción electrónica 63 mg de Paracetamol IV si dolor (esto es, 6,3 mL de la presentación comercial de paracetamol que contiene 1 gramo (10 mg/mL) en una bolsa de 100 mL). Se administraron por error 63 mL (630 mg) en infusión durante 30 minutos. La misma persona que administró la dosis se percató al acabar la infusión, que la dosis administrada había sido errónea.

Se contactó con el pediatra de hospitalización que solicitó unos niveles séricos de paracetamol de forma inmediata y se inició la infusión del antidoto correspondiente; N-Acetil Cisteína (NAC). Los niveles de paracetamol se normalizaron a las 10 horas de iniciar el tratamiento, habiéndose mantenido la función hepática y renal con normalidad en todo momento. Al alta el niño presentó adecuada tolerancia oral, y en el control analítico se comprobó que la función hepática y la coagulación eran rigurosamente normales.

ERRORES DE DOSIFICACIÓN EN NIÑOS

La población pediátrica es especialmente vulnerable a los errores de medicación, ya que en estos pacientes los fallos derivados de la utilización de los medicamentos son más frecuentes que en adultos y, además, el riesgo de que causen eventos adversos, es decir que causen daño a los niños, puede ser hasta tres veces mayor.

En pediatría son frecuentes los errores en relación a dosificación diez veces por encima de la dosis correcta ya que, en los niños, **volúmenes diez veces superiores pueden parecer engañosamente correctos**. Sin embargo en el adulto es más difícil que ocurra, debido a que la dosis resultante alcanzaría un volumen inaceptable de la solución comercial.

¿ES EL PARACETAMOL UN MEDICAMENTO DE ALTO RIESGO?

Se denominan "medicamentos de alto riesgo" aquellos que cuando se utilizan de manera incorrecta, presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Ello no implica que los errores con estos medicamentos sean más frecuentes, sino que en caso de que ocurran, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

El ISMP y otras organizaciones dedicadas a la seguridad del paciente han establecido procedimientos explícitos para reducir el riesgo de errores cuando se manejan estos medicamentos.

Entre las medidas recomendadas se encuentran:

1. Estandarización de su prescripción, almacenamiento, preparación y

administración.

2. Definición y parametrización en los sistemas de prescripción electrónica asistida de sus dosis máximas y límites de concentración. (Fig 1).

3. Limitar el número de presentaciones y de concentraciones disponibles.

4. Implantar prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos.

El paracetamol no se considera un "medicamento de alto riesgo", ya que es un medicamento que no presenta un riesgo elevado de causar daños importantes cuando se produce un error en su utilización. No obstante, dado que es el analgésico más utilizado en pediatría y que los pacientes pediátricos sí que son un colectivo de riesgo, precisando dosis de paracetamol que pueden variar hasta 100 veces de un adolescente a un neonato, debería considerarse como uno de los medicamentos en los que centrar las estrategias de seguridad de los pacientes pediátricos y difundirse prácticas dirigidas a los profesionales sanitarios, familiares y cuidadores, para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización. De hecho algunos grupos de trabajo ya consideran el paracetamol como un medicamento de "ALTO RIESGO" en población pediátrica.

Figura 1.

Parametrización y prescripción estandarizada por grupo poblacional.

Figura 2. Registro electrónico de administración con recomendaciones específicas.

MEDIDAS CORRECTORAS ADOPTADAS

Tras analizar el incidente, se tomaron las siguientes medidas para evitar y/o minimizar que este tipo de incidente vuelva a producirse:

1 Se revisaron los datos del programa de prescripción electrónica para asegurar que toda la información sobre dosificación por grupo poblacional, alertas de dosis máximas y recomendaciones de preparación y administración esté bien cumplimentada. (Fig 2).

2 Se recordó la importancia de utilizar SIEMPRE el registro electrónico de la administración y leer las recomendaciones específicas de preparación y administración de cada medicamento.

3 Se realizó un poster con recomendaciones específicas de preparación y administración de paracetamol intravenoso. Diferencia los pacientes menores 10 Kg del resto y recomienda el uso de una jeringa de 5 o 10 mL para medir la dosis adecuada. NUNCA debe colocarse la bolsa de paracetamol IV directamente en la bomba de perfusión debido al pequeño volumen de medicamento a administrar.

BIBLIOGRAFÍA

- Lista de Medicamentos de Alto Riesgo. Salamanca: Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos; 2008 (Adaptado de de Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2007. Disponible en: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>)
- Cotrina Luque J, Guerrero Aznar MD, Alvarez del Vayo Benito C, Jimenez Mesa E, Guzman Laura KP, Fernández Fernández L. Lista modelo de medicamentos de alto riesgo. An Pediatr (Barc). 2013;79(6):360-6.
- informe 3/2012. CM-AEP 10 de Abril de 2012. Documento técnico: Informe del Comité de Medicamentos de la AEP sobre las recomendaciones emitidas por la AEMPS ante los errores de medicación asociados al paracetamol de administración intravenosa.

Recomendaciones específicas para pacientes que pesen ≤ 10 kg:

- * El vial de cristal/bolsa de paracetamol IV **no se debe colocar directamente en la bomba de perfusión debido al pequeño volumen de medicamento a administrar en esta población.**
- * El volumen a administrar se debe retirar del vial/bolsa y puede administrarse directamente o alternativamente diluido (1/10 en SF 0,9% ó 5G5%) en el caso de pacientes en los que el volumen del preparado comercial a administrar sea inferior a 2,5 mL en una solución.
- * Se debe utilizar una **jeringa de 5 o 10 mL para medir la dosis** adecuada al peso del niño y el volumen deseado.
- * El volumen Nunca debe exceder 7,5 mL por dosis.

Peso	mg/dosis (1 dosis cada 6 h)	ml/dosis (1 dosis cada 6 h)	Dosis Máxima Diaria* mg/kg (ml)
3 kg	22,5 mg	2,25 ml	30 mg/kg (7,5 ml)
5 kg	37,5 mg	3,75 ml	30 mg/kg (15 ml)
10 kg	75 mg	7,5 ml	30 mg/kg (30 ml)

Recomendaciones específicas para pacientes que pesen > 10 kg:

Peso	mg/dosis (1 dosis cada 6 h)	ml/dosis (1 dosis cada 6 h)	Dosis Máxima Diaria* mg/kg (ml)
20 kg	300 mg	30 ml	60 mg/kg (120 ml)
30 kg	450 mg	45 ml	60 mg/kg (180 ml) Sin exceder 2 g
40 kg	600 mg	60 ml	60 mg/kg (240 ml) Sin exceder 3 g
> 50 kg	750-1 g	75-100 ml	Con riesgo hepatotoxicidad hasta 3 g. Sin riesgo hepatotoxicidad hasta 4 g.

¿Qué tal es la cultura de seguridad en el área quirúrgica de la Arrixaca?

Julio López-Picazo
Ana Belén Moreno
M^oCruz Moreno
Unidad de Calidad Asistencial

De todos es sabido que contar con una adecuada cultura de seguridad es esencial para minimizar errores y eventos adversos. Esto también es verdad en el área quirúrgica.

La existencia de una adecuada cultura de seguridad en los profesionales es uno de los rasgos críticos para avanzar en la seguridad del paciente en una organización. Por ello, su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren. En la Arrixaca utilizamos para ello la adaptación al contexto español de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, realizado mediante una cooperación entre el Ministerio y la Universidad de Murcia. Puede ser utilizada para medir este aspecto de la cultura de las organizaciones, identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorarla, y poder monitorizar su evolución. Proporciona información sobre la percepción relativa a 12 dimensiones de cultura de seguridad (Fig. 1), identificando sus fortalezas y debilidades.

Figura 1. Dimensiones de la encuesta e ítems de los que consta cada una de ellas.

¿CÓMO HICIMOS LA ENCUESTA?

En la Arrixaca contamos con 641 personas que trabajan en el área quirúrgica. La encuesta se ha realizado en octubre de 2018, de forma telefónica, hasta alcanzar una muestra de 100 de ellas. Para ello hubimos de intentar contactar 365 profesionales, consiguiéndose en 154 ocasiones (57,8%). La tasa de respuesta tras el contacto es elevada (94,8%).

DIMENSIÓN	Preguntas
1. Frecuencia de eventos notificados	3
2. Percepción de seguridad	4
3. Expectativas y acciones de jefe/supervisor que favorecen la seguridad	4
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	3
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio	4
6. Franqueza en la comunicación	3
7. Feed-back y comunicación sobre errores	3
8. Respuesta no punitiva a los errores	3
9. Dotación de personal	4
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	3
11. Trabajo en equipo entre unidades	4
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	4

VALORACIÓN GLOBAL DE LA SEGURIDAD

Además de las preguntas referidas a las 12 dimensiones, una pregunta final pide valorar de 0 a 10 el nivel de seguridad en el área quirúrgica. Con sus respuestas podemos calcular el valor medio y mediana de la escala y la proporción de personas que puntúan en niveles de excelencia (de 8 a 10 puntos).

En la Arrixaca la valoración general fue alta (media 8,2, mediana 8 puntos), con un 80% de los profesionales con valores de 8 o más. Sin embargo, la puntuación no fue uniforme: las auxiliares dieron mejores cifras, mientras que cirujanos generales y traumatólogos reportaron niveles más bajos. La figura 2 resume estos resultados.

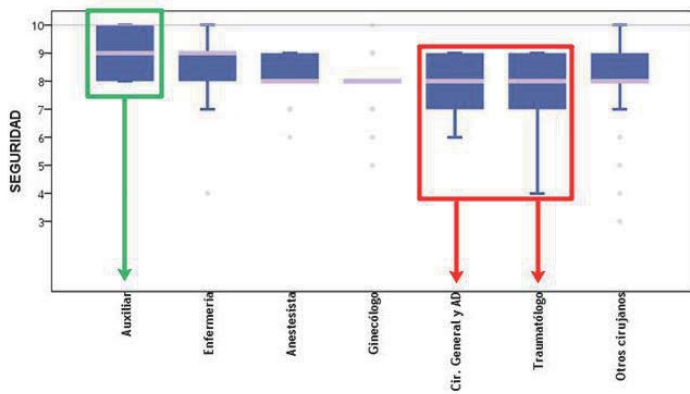


Figura 2. Valoración global de la seguridad en el área quirúrgica: mejor en auxiliares y peor en cirujanos generales y traumatólogos

RESULTADOS POR DIMENSIONES

Para priorizar acciones de mejora podemos clasificar las dimensiones en 4 grupos según sean fortalezas (resp. positivas >75%), debilidades (resp. negativas >50%) o valores intermedios: riesgo moderado (resp. positivas 50-75%) o elevado (resto), para representar una matriz.

En la Arrixaca, a nivel global el "trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio" es una fortaleza (resp. positivas, 77,5%) No se ha detectado ninguna debilidad, aunque la situación de 2 dimensiones ("dotación de personal" y "apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente"), y en menor medida el "trabajo en equipo entre unidades/servicios diferentes" suponen un riesgo para trabajar en pro de la seguridad del paciente y deben suponer prioridades de mejora. El resto de dimensiones se distribuye como se resume en la figura 3.

Por demás, son dimensiones bien percibidas las acciones de los mandos de las unidades en pro de la seguridad del paciente, la percepción de seguridad y la frecuencia de eventos notificados.

Los resultados no son uniformes por tipo de profesional, revelando una vez más las diferencias existentes en percepción de seguridad entre auxiliares (por un lado) y cirujanos generales y traumatólogos (por otro) con

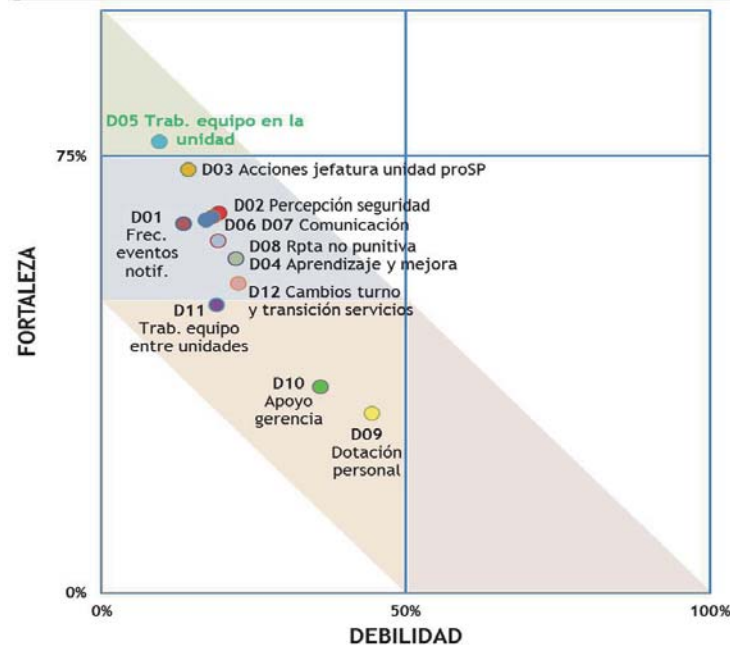


Figura 3. Matriz de priorización.

Las dimensiones se ubican en 4 zonas según su proporción de respuestas positivas y negativas en 4 zonas. Mejor resultado cuanto más arriba y a la izquierda.

el resto de categorías. La figura 4 resume estos resultados resaltando las fortalezas en verde y las debilidades en rojo.

	D01		D02		D03		D04		D05		D06	
	Frecuencia de eventos notificados		Percepción de seguridad		Dirección / supervisión de la unidad que favorecen la seguridad		Aprendizaje organizacional mejora continua		Trabajo en equipo dentro de la unidad / servicio		Franqueza en la comunicación	
	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza
Auxiliar	6,3%	87,5%	25,0%	56,8%	25,0%	68,2%	9,4%	71,9%	6,8%	77,3%	18,8%	62,5%
Enfermería	9,0%	70,5%	17,3%	69,2%	11,5%	76,0%	16,7%	64,1%	3,8%	82,7%	22,1%	62,3%
Anestesta	23,8%	47,6%	16,1%	60,7%	16,1%	67,9%	26,2%	52,4%	8,9%	83,9%	14,3%	71,4%
Ginecólogo	15,4%	74,4%	17,3%	71,2%	3,8%	82,7%	17,9%	59,0%	9,6%	86,5%	10,3%	71,8%
Cirujano Gral	19,0%	33,3%	14,3%	71,4%	11,1%	63,0%	38,1%	33,3%	21,4%	42,9%	19,0%	52,4%
Traumatólogo	20,0%	55,0%	28,6%	50,0%	17,9%	64,3%	47,6%	33,3%	10,7%	78,6%	28,6%	57,1%
Otros cirujanos	10,6%	59,1%	20,7%	66,7%	17,0%	73,9%	21,5%	60,0%	13,6%	72,7%	16,9%	66,2%

	D07		D08		D09		D10		D11		D12	
	Retroalimentación y comunicación		Respuesta no punitiva		Dotación de personal		Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente		Trabajo en equipo entre unidades / servicios		Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	
	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza	Debilidad	Fortaleza
Auxiliar	6,1%	69,7%	6,3%	87,5%	52,3%	29,5%	18,2%	42,4%	22,7%	47,7%	33,3%	50,0%
Enfermería	12,8%	73,1%	9,0%	70,5%	35,6%	35,6%	30,8%	33,3%	20,2%	43,3%	21,4%	55,1%
Anestesta	21,4%	50,0%	23,8%	47,6%	44,6%	28,6%	43,9%	34,1%	17,9%	39,3%	25,0%	48,2%
Ginecólogo	13,2%	73,7%	15,4%	74,4%	55,8%	25,0%	36,8%	39,5%	22,0%	58,0%	16,0%	62,0%
Cirujano Gral	28,6%	47,6%	19,0%	33,3%	39,3%	25,0%	33,3%	38,1%	7,1%	67,9%	17,9%	39,3%
Traumatólogo	28,6%	42,9%	20,0%	55,0%	53,6%	35,7%	52,4%	33,3%	32,1%	46,4%	39,3%	39,3%
Otros cirujanos	20,3%	65,6%	10,6%	59,1%	42,5%	31,0%	41,3%	31,7%	13,8%	54,0%	16,7%	59,5%

Figura 5. Percepción de seguridad por tipo de profesional.

Se muestra el porcentaje de respuestas positivas (fortaleza) y negativas (debilidad) en las 12 dimensiones de la encuesta, desagregadas por tipo de profesional. Los colores verde y rojo indican respectivamente niveles de fortaleza (>75% resp. positivas) y debilidad (>50% resp. negativas).

PUNTOS FUERTES Y ÁREAS DE MEJORA

Si analizamos las respuestas a los componentes de cada dimensión podemos saber también dónde tiene el área quirúrgica de la Arrixaca sus puntos fuertes y sus áreas de mejora en cada una de ellas. Esta información es muy importante para saber dónde y cómo debemos actuar para mejorar nuestra cultura de seguridad. La figura 5 nos resume las más importantes:

PUNTOS FUERTES	ÁREAS DE MEJORA
<ul style="list-style-type: none"> Libertad para hablar sobre sucesos con afectación negativa de la atención al paciente. El jefe se interesa por los problemas de seguridad que ocurren habitualmente. Las unidades no suelen tener problemas relacionados con la SP. El personal se apoya mutuamente. Trato entre profesionales con respeto. Se discute cómo evitar que un error vuelva a ocurrir Cuando alguien está sobrecargado, suele encontrar ayuda en los compañeros. Los procedimientos y medios de trabajo que se tienen son buenos para evitar errores en la asistencia. Si un profesional ha cometido un error no se utiliza en su contra. Detectar fallos en atención al paciente origina medidas para evitar repeticiones. 	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa. La dirección sólo parece interesarse por la SP cuando ocurre algún suceso adverso. No se puede dar la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora. No hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. Las diferentes unidades no se coordinan bien entre ellas. La dirección no facilita un clima laboral que favorezca la SP.

Figura 6. Puntos fuertes y áreas de mejora en la cultura de seguridad del área quirúrgica de la Arrixaca

Puedes acceder a los resultados completos de la encuesta desde [Arrinet/Calidad/Seguridad del paciente/ https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/seguridad-del-paciente](https://portal.sms.carm.es/web/arrinet/seguridad-del-paciente/)

Bioética y seguridad del paciente

Joaquín León Molina
Enfermero Consulta Valoración Geriátrica, HCUVA; Documentalista; miembro de
INVESECUIDA (Instituto Murciano de Investigación Biomédica-HUCVA).
joaquin.leon@carm.es

CONCEPTOS BÁSICOS

La **Ética** es una rama de la filosofía que estudia lo correcto o equivocado del comportamiento humano. Tiene como centro de atención las acciones humanas y se refiere al conjunto de costumbres y normas que dirigen o valoran el comportamiento humano en una comunidad. Fernando Savater (1) la define como “el arte de vivir, el saber vivir, por lo tanto el arte de discernir lo que nos conviene (lo bueno) y lo que no (lo malo)”. Según Cortina (2), a menudo se utiliza la palabra «ética» como sinónimo de lo que anteriormente hemos llamado «la moral», es decir, ese conjunto de principios, normas, preceptos y valores que rigen la vida de los pueblos y de los individuos.

La **Bioética** es la rama de la ética dedicada a proveer los principios para la conducta más apropiada del ser humano con respecto a la vida, tanto humana como del resto de seres vivos y del medio ambiente. Beauchamp (3) define cuatro principios de la bioética que deben ser especificados para aplicarlos a cada caso concreto (4):

- **Principio de autonomía:** Expresa la capacidad para proveer normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones. En el ámbito sanitario, el consentimiento informado es un buen ejemplo, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico.

principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico o la médica. Para Pacheco la deontología es la ética profesional; conjunto de los valores sociales tenidos por imprescindibles y definitorios de un concreto grupo profesional: la ley es de obligado cumplimiento, pero la ética la legítima.

Seguridad del Paciente es el intento consciente de evitar al paciente lesiones causadas por la asistencia; es un componente de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica (9). La Organización Mundial de la Salud la define como la reducción del riesgo de daños innecesarios para el paciente hasta un mínimo aceptable. La seguridad del paciente requiere pues acciones como la mejora del desempeño, la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales (incluido el control de las infecciones), el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. El profesional está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante un cuidado de calidad. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico técnica (8).

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (11), ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad. En su artículo 59 hace referencia al registro de acontecimientos adversos sobre aquellas prácticas que hayan resultado un problema de seguridad para el paciente. Para ello se desarrolló e implantó el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente.

- **Principio de beneficencia:** Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. En medicina, promueve el mejor interés del paciente. Según Portela (5), una posible traba es que desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación, prescindiendo de su opinión debido a su falta de conocimientos médicos.
- **Principio de no maleficencia:** consiste en abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros. Aparece por primera vez, en 1978, en el Informe Belmont y establece la necesidad de evitar el mal, en nuestro caso evitar complicaciones, las lesiones, los dolores, los sufrimientos innecesarios, las minusvalías y la muerte prematura. Según Rosales (6) las implicaciones son, entre otras, tener una formación teórica y práctica rigurosa (actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional), investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas para mejorar los ya existentes con objeto de que sean menos dolorosos y lesivos para los pacientes, avanzar en el tratamiento del dolor, evitar la medicina defensiva y, con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.
- **Principio de justicia:** Tratar a cada uno como corresponda, a fin de disminuir las situaciones de desigualdad. En España la asistencia sanitaria es teóricamente universal y gratuita.

Según Rosales (6) la bioética se refiere específicamente a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud. La **deontología**, según Larry (7) es la teoría según la cual existen ciertas acciones que se deben realizar, y otras que no se deben realizar, más allá de las consecuencias positivas o negativas que puedan traer, el conjunto de

COMENTARIOS DESTACADOS EN LA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Ética y seguridad

Según Gómez Córdoba (12), los profesionales de la salud tenemos los siguientes deberes éticos con el paciente y la sociedad respecto a la seguridad en el cuidado de la salud:

- No exponer al paciente o minimizar los riesgos previsibles,
- Una vez se produce el evento adverso, mitigar sus consecuencias.
- Reportar los eventos adversos donde proceda para iniciar procesos de mejora.
- Informar al paciente de la ocurrencia de los eventos adversos.
- Garantizar ciclos de mejora que impidan la repetición de eventos adversos.
- Realizar búsqueda activa de los errores latentes.
- Favorecer culturas organizacionales que garanticen la seguridad del paciente y la gestión del riesgo en cada puesto de trabajo.

En el año 2003, el Hastings Center publicó el informe Promoting Patient Safety: an Ethical Basis for Policy Deliberation (13), en el que se realizaba una reflexión ética de las obligaciones morales que subyacen en la cultura de la seguridad desarrollada tras la publicación del informe To Err Is Human: Building a Safer Health System (14). El profesional debe saber que tiene la obligación ética de proteger a su paciente del daño mediante el mantenimiento y actualización de la calidad en la práctica profesional. Esto significa que debe hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científica y técnica, destacando su competencia en el razonamiento clínico (5).

Según Rosales (6) los profesionales de la salud e investigadores en su lucha por el perfeccionamiento humano, ponen los conocimientos y avan-

ces científicotécnicos al servicio del hombre, sobre una base ética acorde con los principios y realidades. Para ello contamos con profesionales y técnicos con una alta calificación atendiendo a sus competencias y desempeño, con una alta suficiencia científica, pero no siempre con un mismo nivel de competencia ética.

Bioética y principios

Los cuatro principios configuran un esquema de análisis de la ética de la organización responsable, y por tanto de sus obligaciones respecto a la seguridad (8). La máxima hipocrática *primum non nocere* es el reflejo del principio ético de no-maleficencia, la premisa más importante para establecer, desde la ética, la necesaria promoción de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias (5). Las obligaciones derivadas de los cuatro principios de la bioética afectan tanto a los profesionales a nivel individual como a las organizaciones de las que forman parte (5).

Deontología

Según Portela (5) los principios deontológicos pueden aportar, dentro de la cultura de seguridad del paciente, normas de comportamiento, a nivel personal e institucional. El principio de responsabilidad señala que el trabajo en equipo es motivo para reforzar las responsabilidades de cada uno de sus integrantes y de la institución en su conjunto, y no un pretexto para difuminarlas. Una cultura sin culpa no significa sin responsabilidad. Negar la responsabilidad individual y atribuir la únicamente a la institución supone admitir una falsa inmunidad moral de los profesionales.

Seguridad del paciente

No hacer daño es el principio primero y esencial del código hipocrático, y por extensión de todas las actuaciones relacionadas con el mundo sanitario. La Seguridad del Paciente es un componente transversal de la calidad

asistencial (17)

- La **obligación de prevenir el error** deriva de las obligaciones profesionales y de las organizaciones sanitarias, emanadas de los principios de no-maleficencia y justicia, la ética de mínimos, que precede al establecimiento de la relación clínica, muchas veces recogida por la normativa legal y que es de obligado cumplimiento (5).
- Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, el principio de beneficencia se corresponde con la **obligación de eliminar o aminorar el daño producido y de prevenir uno nuevo**.
- Por fin, el principio de no-maleficencia haría referencia a la **obligación de evitar producir daño** (6).

La medicina defensiva no sólo no evita errores y conflictos sino que los fomenta, aumenta los costes y es contraria a la ética, por lo que es obligatorio realizar propuestas encaminadas, no sólo a evitar la medicina defensiva, sino también a evitar el error médico en lo posible (5).

Notificación

Una vez ocurrido un error y producido un daño, son los principios de autonomía y beneficencia los que cobran protagonismo: **el paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha ocurrido y, por otra, a reclamar y obtener apoyo, ayuda y reparación del daño causado** (5).

El profesional está obligado a informar sobre el daño a la persona afectada, en virtud de su derecho a saber lo ocurrido. Debe asumir su parte de responsabilidad en el daño y repararlo no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista moral (5).

Enfermería y seguridad del paciente.

La enfermera debe ser capaz de prevenir problemas o reconocer rápidamente los dilemas éticos, analizar y argumentar, y encontrar las posibles soluciones a éstos. (12)

Para Milos (18) existe una vinculación ética y jurídica existente entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos. El aporte de las enfermeras a la seguridad del paciente emana precisamente de la esencia de la profesión, que es cuidar. Cuidado y seguridad se funden en el acto enfermero. El cuidar y la seguridad se relacionan estrechamente con la vulnerabilidad y la confianza de las personas.

Se pueden enumerar una serie de rasgos morales propios de la enfermera, los más destacados, serían: Respeto y consideración, Atención terapéutica, Compromiso, Confianza, Compasión, Honestidad, Conciencia de la vulnerabilidad del ser humano.

Los profesionales de enfermería no solo se relacionan directamente con el usuario, sino que también se incluyen en equipos de investigación y desarrollo de nuevas ideas científicas y tecnológicas. Es necesario formar enfermeras cuyos valores éticos humanistas sean la premisa fundamental para lograr la excelencia en la calidad de los servicios (19). Los cuidados de enfermería necesitan un equilibrio entre el conocimiento científico y la manera en que deben equilibrarse principios como la beneficencia, la autonomía, la justicia y la responsabilidad (6).

CONCLUSIONES

- 1 Los principios de la bioética obligan a los profesionales sanitarios quienes los practican a buscar lo mejor para sus pacientes.
- 2 El fundamento ético de la seguridad del paciente implica a los 4 principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.
- 3 Cuando un fallo ocurre, la honestidad se espera como un ideal ético y deontológico de la profesión médica y de enfermería.

4 La información sobre los eventos adversos a los pacientes es considerado por las sociedades profesionales como un deber ético.

5 El paciente tiene derecho a saber qué ha pasado y a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Savater F. Ética para Amador. Barcelona: Ariel; 2016. 147 p. p.
2. Cortina Orts A, Martínez Navarro E. Ética. Madrid: Akal; 1996. 184 p. p.
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. [Ed. española] ed. Barcelona [etc.]: Masson; 1999. XIX, 522 p. p.
4. Beauchamp TL. Methods and principles in biomedical ethics. *Journal of Medical Ethics*. 2003; 29(5): 269-74. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000185639900003
5. Portela Romero M, Bugarin González R, Rodríguez Calvo MS, et al. Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética profesional. *Revista de bioética*. 2018; 26(3).
6. Rosales Origuela J, Díaz Díaz J, Molina Ramírez B, et al. Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. *MediSur*. 2016; 512-5.
7. Larry A, Moore M. Deontological ethics. En: Edward, Stanford NZ, editores. *Encyclopedia of Philosophy* 2008.
8. Martínez Ques, Miriam. El cuidado y la seguridad del paciente. Algunas consideraciones éticas y legales. *Ética de los Cuidados*. 2008; 1(1).
9. Webster LB, Shirley JL. No Need to Object: Ethical Obligations for Interprofessional Collaboration in Emergency Department Discharge Planning. *Annu Rev Nurs Res*. 2016; 34: 183-98. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26673382>
10. Pansieri C, Pandolfini C, Bonati M. The evolution in registration of clinical trials: a chronicle of the historical calls and current initiatives promoting transparency. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2015; 71(10): 1159-64.
11. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud., (2003).
12. Gómez Córdoba AI, Espinosa ÁF. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cuidar es pensar*. Aquichán. 2006; 6(1): 54-67.
13. Sharpe VA. Promoting patient safety - An ethical basis for policy deliberation. *Hastings Center Report*. 2003; 33(5): S1-S18. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000187002500020
14. Maurette P, Comité Analyse Maitrise Risque S. To err is human: building a safer health system. *Annales Francaises D Anesthesie Et De Reanimation*. 2002; 21(6): 453-4.
15. Martínez-Ramírez A, Chávez-Ramírez S, Barrera-Sánchez FJ, et al. Reflexiones acerca de los principios éticos y legales de mayor trascendencia en la práctica médica y su relación en la calidad y seguridad de los pacientes. *CONAMED*. 2014; 19.
16. Kossaiy A, Hleihel W, Lahoud JC. Team-based efforts to improve quality of care, the fundamental role of ethics, and the responsibility of health managers: monitoring and management strategies to enhance teamwork. *Public Health*. 2017; 153: 91-8. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000416741400014
17. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010; 27(1).
18. Milos H P, Larrain S AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. *Aquichán*. 2015; 15(1): 141-53.
19. Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*. 2015; 28(2): 228-33.
20. Gea-Sanchez M, Teres-Vidal L, Briones-Vozmediano E, et al. Conflicts between nursing ethics and health care legislation in Spain. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30(3): 178-83. Accesible en: <Go to ISI>://WOS:000376333300004