

La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España

Surgical Safety under Spain's National Health System

Rodrigo Gutiérrez-Fernández¹, Juan Fernández-Martín¹

RESUMEN

Introducción. La seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario, de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva. Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces; garantizar que se aplican a quien los necesita y que se realizan correctamente y sin errores.

Discusión. Diversos estudios sobre la epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria, coinciden en identificar las complicaciones relacionadas con los medicamentos, como la causa más frecuente de efectos adversos, seguidos de los vinculados o derivados de intervenciones quirúrgicas y de las infecciones nosocomiales. Para prevenirlos, en junio de 2008 la OMS lanzó su segundo gran Reto Global sobre seguridad del paciente: "la cirugía segura salva vidas". La iniciativa se concentra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales: cirugía limpia, anestesia segura, equipos quirúrgicos adecuados, profesionales seguros y garantía de la calidad.

Conclusiones. En España la prevención y control de los efectos adversos quirúrgicos se basa en una estrategia combinada, utilizando la coordinación nacional (Ministerio de Sanidad y Política Social) e internacional (Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente) y centrándose en las actuaciones locales, aplicadas por los Servicios de Salud regionales. El objetivo final es cambiar conductas y avanzar hacia una cultura generadora de ideas, en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica

clínica, con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

Palabras Clave: Seguridad del Paciente, Riesgos Sanitarios, Atención Quirúrgica, Calidad de la Atención, Sistema de Salud.

ABSTRACT

Introduction. Patient safety must be regarded as an essential and necessary component of good quality health care, and this must be based on a preventive approach. A safe clinical practice requires the achievement of three objectives: to identify those clinical, diagnostic and treatment procedures which are most effective; to ensure these are applied to those who need them; and that they are done correctly, without errors.

Discussion. Studies on the epidemiology of health risks agree in identifying complications related to medications as the most frequent cause of adverse effects, followed by those linked to or directly from surgical procedures and nosocomial infections. To prevent them, in June 2008 WHO launched its second Global Challenge on patient safety, "Safe Surgery Saves Lives". The campaign focuses on four thematic areas and in a number of key aspects: clean surgery, safe anesthesia, adequate surgical equipment and safe professionals, and quality assurance.

Conclusions. In Spain, prevention and monitoring of surgical adverse effects is based on a combined strategy, using the national (Ministry of Health and Social Policy)

¹ Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM (España).

Artículo recibido: 24 de agosto de 2010; Artículo aceptado: 2 de septiembre de 2010

Correspondencia: Rodrigo Gutiérrez Fernández. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. SESCAM (España) Avda. Río Guadiana, Nº 4 CP. 45071 Toledo, España. Correo electrónico: rgutierrez@jccm.es.

and international coordination (World Alliance for Patient Safety), and focusing on local actions implemented by the Regional Health Services. The ultimate goal is to change behaviors and move towards a culture in which

security is a way of exercising clinical practice in a transversal implementation in health care institutions.

Key Words: Patient Safety, Health Care Risks, Surgical Procedures, Quality of Care, Health System.

INTRODUCCIÓN

La "Seguridad del Paciente" se define como la "ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria"¹. El "nivel mínimo aceptable" se refiere y está relacionado con el estado actual del conocimiento, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no llevar a cabo ese tratamiento o aplicar otra terapia.

El primer estudio a gran escala acerca de efectos adversos de la atención sanitaria se publicó hace ya más de 30 años². Desde entonces, el interés por la seguridad del paciente se ha incrementado progresivamente, extendiéndose a la mayoría de los sistemas sanitarios, hasta situarse en el centro de las políticas de mejora de la calidad asistencial.

Como es sabido, la práctica clínica—entendida como el proceso de actuación médica y sanitaria en relación con la atención de la salud del paciente— implica sucesivas tomas de decisiones y conlleva variabilidad en las intervenciones. Su objetivo es proporcionar a los pacientes los servicios que mejor preserven o restauren su estado de salud, en el nivel asistencial más adecuado y de la forma más eficiente posible. Para su desarrollo resultan imprescindibles: información clínica, percepciones, razonamientos, juicios clínicos, procedimientos e intervenciones. En este sentido, los sucesos y efectos adversos, las infecciones hospitalarias, las complicaciones del curso clínico, accidentes, errores diagnósticos y terapéuticos, son algunos ejemplos de lo que el personal sanitario ha de evitar cada día: la práctica clínica actual es una actividad compleja, acompañada de riesgos e incertidumbre.

Una práctica clínica segura exige alcanzar tres objetivos: identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más eficaces, garantizar que se aplican a quien los necesita y que se realizan correctamente, sin errores. Aunque la máxima seguridad del paciente se consigue mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, eliminando los evitables y previendo los que hay que asumir de forma inevitable, planteando objetivos alcanzables en todos los niveles de la organización sanitaria, hay que reiterar que seguridad no implica ausencia de riesgos y que no todos los efectos adversos son evitables.

En el momento actual la seguridad del paciente debe considerarse como fundamento esencial y necesario de la buena calidad de la atención sanitaria y debe estar basada en una actitud preventiva y en el análisis y revisión

sistemáticos, a partir de los diferentes sistemas de información y de la comunicación de los incidentes por los profesionales sanitarios. En definitiva, y según la Recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa Rec(2006)7 sobre la prevención de sucesos adversos y gestión de la seguridad del paciente, adoptada en 24 de mayo de 2006: "...la seguridad del paciente es el elemento clave de todas las políticas sanitarias relevantes, en particular las políticas de mejora de la calidad".

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los efectos adversos que se producen en el contexto de la prestación sanitaria, han llevado a diferentes organismos internacionales en los últimos años, a reflexionar sobre la seguridad del paciente y sobre la gestión de riesgos sanitarios, a desarrollar recomendaciones y estrategias orientadas a la prevención, detección y mitigación de los sucesos adversos, así como al análisis de sus causas, al aprendizaje de los errores y la difusión de las lecciones aprendidas^{3,4}.

En el ámbito de la cirugía se considera que los trabajos de Ernest A. Codman, (1869-1940), un cirujano ortopedista del Massachusetts General Hospital de Boston, constituyen uno de los primeros intentos serios de evaluar sistemáticamente la calidad de la asistencia en los pacientes quirúrgicos. Su "teoría de resultados finales" intenta hallar, a través de los resultados obtenidos, posibles errores y sus causas, de modo que puedan servir para evitar su repetición en futuros casos similares⁵. En sus propias palabras "...cada hospital debiera seguir a cada paciente durante el tiempo suficiente, como para establecer si el tratamiento fue exitoso y entonces preguntarse: 'si no, ¿porqué no?', con la visión de prevenir errores similares en el futuro". Codman también sostenía que esta información debía ser pública, de manera que sirviera para guiar a los pacientes en su elección de profesionales y establecimientos asistenciales, sentando con ello las bases de la moderna acreditación de centros sanitarios.

De todos modos, no fue de Codman la idea original de utilizar registros hospitalarios para mejorar la calidad asistencial. Este honor le corresponde al cirujano inglés Sir Thomas Percival (1740-1804), quien la presentó ya un siglo antes, en 1803: "Adoptando el registro, médicos y cirujanos podrían obtener una visión más clara, comparando hechos acaecidos en sus hospitales y prácticas privadas, siendo estimulados para investigar las causas de esas diferencias"⁶.

Epidemiología de los riesgos y efectos adversos en cirugía

Diversos estudios sobre la epidemiología de los riesgos de la atención sanitaria, coinciden en identificar las complicaciones relacionados con los medicamentos, como la causa más frecuente de efectos adversos, seguidos de los vinculados o derivados de intervenciones quirúrgicas, (como infección, herida, fístula o hemorragia) y de las infecciones nosocomiales⁷. Por otro lado, el análisis de las causas ha permitido identificar que un 16% de dichos efectos adversos, son debidos a factores estructurales u organizacionales.

Un efecto adverso quirúrgico se define como un resultado desfavorable atribuible a un procedimiento quirúrgico. Los estudios efectuados en este ámbito han constatado la dificultad de su análisis, debido a la variabilidad de los sistemas de registro y a la extensa gama de definiciones en la bibliografía. Así ocurre para complicaciones postoperatorias tan representativas y concretas como la infección de herida quirúrgica, la fístula anastomótica digestiva o la trombosis venosa profunda⁸.

En España se han llevado a cabo en los últimos años varios estudios importantes que han permitido conocer la incidencia del problema en nuestro ámbito. En la asistencia hospitalaria, el Informe ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización)⁹ estima la incidencia en un 9,3% de todos los ingresos hospitalarios.

En este Estudio se define un efecto adverso como todo accidente inesperado, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente, que ha causado lesión y/o incapacidad y/o progresión de la estancia y/o defunción.

El cuadro 1 recoge la naturaleza y evitabilidad de los efectos adversos detectados en los servicios quirúrgicos por este Estudio.

Lógicamente, los efectos adversos que deben centrar el interés del cirujano son los evitables o prevenibles y por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención. Los efectos adversos quirúrgicos están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias, pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatales, por el fallecimiento del paciente. Se han clasificado en complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia y evisceración); complicaciones de la técnica quirúrgica (hemorragia, fístula o dehiscencia anastomótica, infección de la cavidad e iatrogenia intraoperatoria); complicaciones sistémicas (infección respiratoria, infección urinaria, infección de la vía central, infarto de miocardio, trombosis venosa profunda, tromboembolia

pulmonar y fracasos orgánicos), fracaso quirúrgico por persistencia o recidiva de la enfermedad o de sus síntomas y accidentes anestésicos^{10,11}.

Cuadro 1. Naturaleza del EA y evitabilidad. Servicios quirúrgicos

Naturaleza	%	Evitables
Procedimiento quirúrgico	37.6	31
Infección nosocomial	29.2	54
Medicación	22.2	31.6
Cuidados	6.7	56.5
Diagnóstico	2.9	90
Otros	1.5	33.3
TOTAL	343	141 (41.3%)

Frente a lo que sucede en los tratamientos médicos, en los procedimientos quirúrgicos, por su carácter más intervencionista y más "artesanal", los efectos adversos, muy concretamente las complicaciones postoperatorias, se asocian estrechamente al concepto de calidad asistencial. La experiencia y la especialización del equipo quirúrgico, sobre todo en intervenciones de mediana y alta complejidad, ha demostrado ser un factor determinante en la disminución de resultados adversos¹².

Las Políticas sobre seguridad quirúrgica de los pacientes

Mediante la Resolución 55.18 (2002) dictada con motivo de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud¹³, la OMS reconoció la necesidad de promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios, instando a los Estados Miembros a prestar una atención lo más cercana posible a la seguridad del paciente y a crear sistemas basados en la evidencia científica, para mejorar la seguridad y la calidad de atención.

Bajo el lema: "Primero no hacer daño", en octubre del 2004 nace la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente¹⁴ (World Alliance for Patient Safety), cuya finalidad es la de actuar como instrumento de intercambio de experiencias y facilitar el desarrollo e implementación de estrategias centradas en políticas de seguridad. Entre sus objetivos figuran: disminuir la duplicación de actividades e inversiones, apoyar iniciativas colectivas, servir de vehículo para compartir conocimientos y recursos, etc. El trabajo de la Alianza se desarrolla a través del lanzamiento de diversos programas y Retos Globales que apoyan iniciativas concretas sobre seguridad del paciente.

El primer gran Reto Global: “una atención limpia es una atención segura”, abordó un aspecto clave del riesgo de los pacientes que reciben atención sanitaria: prevenir la transmisión de agentes patógenos mediante el fomento de la higiene y el lavado de manos, con objeto de disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales.

En junio de 2008 la OMS lanzó su segundo gran Reto Global sobre seguridad del paciente: “la cirugía segura salva vidas”, (Second Global Patient Safety Challenge: Safe Surgery Saves Lives), con el objetivo general de mejorar la seguridad quirúrgica de los pacientes.

A partir de la constatación de que un 25% de las hospitalizaciones quirúrgicas pueden presentar complicaciones, de que cada año ocurren 7 millones de complicaciones incapacitantes y de que entre un 0.5-5% de los pacientes mueren tras cirugía y ocurren 1 millón de muertes al año en todo el mundo, la OMS considera a la práctica de la cirugía como un asunto de salud pública y promueve establecer una serie de estándares mínimos, que pueden ser aplicados universalmente, definiendo un “entorno de seguridad en el proceso quirúrgico”, que se concreta en la difusión y aplicación de un “check-list” o listado de verificación quirúrgica.

La iniciativa se concentra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales:

1. Cirugía limpia: mediante el lavado de manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida quirúrgica y descontaminación del material.
2. Anestesia segura: A través de la presencia de un anestesista entrenado, pulsioximetría y monitorización adecuada de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
3. Equipos quirúrgicos adecuados y profesionales seguros: personal entrenado, identificación inequívoca del paciente y lugar correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, consentimiento informado, disponibilidad de equipamiento e instrumental.
4. Garantizar la calidad: implantar medidas y mecanismos que aseguren la calidad mediante revisión del seguimiento de las complicaciones y revisiones por expertos.

Iniciativas sobre seguridad quirúrgica en España

En abril de 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo, (hoy de Sanidad y Política Social), de acuerdo con su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, -tal y como establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud-, a través de la Agencia de Calidad y mediante el Plan de Calidad del SNS¹⁵ formaliza la Seguridad del Paciente como una prioridad a nivel estatal.

La “ESTRATEGIA 8” del Plan propone “Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”:

“Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria, representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños, hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes viene siendo una estrategia prioritaria en las políticas de calidad de los sistemas sanitarios y se han adoptado estrategias por diversos organismos internacionales (UE, OMS OCDE, etc.), para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria”.

Tras esta introducción, plantea cinco grandes objetivos y un conjunto de actuaciones para cada uno de ellos:

- Objetivo 8.1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente, entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria.
- Objetivo 8.2. Diseñar y establecer sistemas de información y para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (sistema de notificación de efectos adversos).
- Objetivo 8.3. Implantar prácticas seguras en el Sistema Nacional de Salud.
- Objetivo 8.4. Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.
- Objetivo 8.5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

Como objetivos específicos en materia de Seguridad del Paciente, el Plan de Calidad establece en el Objetivo 8.3.1 las siguientes 11 líneas de actuación:

O.8.3.1. A través de convenios con las Comunidades Autónomas (CC.AA.) se promoverán proyectos que impulsen y evalúen prácticas clínicas seguras:

1. Prevenir los efectos adversos de la anestesia en cirugía electiva.
2. Prevenir fracturas de cadera en pacientes ingresados.
3. Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo.
4. Prevenir el trombo-embolismo pulmonar (TEP)/trombosis venosa profunda (TVP) en pacientes a riesgo.
5. Prevenir la infección nosocomial.
6. Prevenir los errores debidos a medicación.
7. Prevenir los efectos adversos relacionados con la atención a pacientes crónicos.
8. Prevenir los efectos adversos en la atención a pacientes que precisen cuidados paliativos.

9. Asegurar una atención correcta al embarazo, parto y puerperio.
10. Propiciar la implantación del consentimiento informado con criterios uniformes.
11. Favorecer el cumplimiento de las últimas voluntades.

Para impulsar estas políticas, desde 2007 la Agencia Nacional de Calidad pone todos los años a disposición de las CC.AA. un presupuesto económico de carácter finalista, para poner en marcha acciones y proyectos relacionados con la mejora de la seguridad del paciente, a través de convenios singulares firmados con cada Comunidad. El importe total de este presupuesto viene a ser de unos 5 millones de euros anuales. Los convenios se publican en el Boletín Oficial del Estado (BOE) y su duración máxima es de un año.

El Ministerio de Sanidad y Política Social mantiene un portal de Seguridad del Paciente en la siguiente dirección URL: <http://www.seguridadelpaciente.es/> en el que incorpora una serie de contenidos de formación, cursos "on line" sobre esta materia, información de interés y recursos disponibles en Internet, tales como publicaciones, eventos, convocatorias, enlaces, etc.

Prácticamente todas las Comunidades Autónomas, han desarrollado o están desarrollando, con más o menos énfasis, acciones específicas que se enmarcan en Planes de Seguridad del Paciente, bien integrados dentro de sus Planes de Calidad o como elementos diferenciados dentro de la política de Calidad de las Consejerías o Departamentos de Salud correspondientes.

Entre las actuaciones que más se han promovido hasta la fecha en seguridad destacan¹⁶ la del lavado de manos con solución hidroalcohólica para prevenir la infección nosocomial, la prevención de las complicaciones de la anestesia y la de la cirugía en lugar equivocado, la identificación inequívoca de pacientes, la notificación de eventos adversos, así como la implantación del proyecto "Matching Michigan" de Pronovost para prevenir la bacteriemia por infección de catéter venoso central, en las unidades de cuidados intensivos, rebautizado en España como "Bacteriemia Zero"¹⁷.

El Listado de Verificación de Seguridad Quirúrgica o "check-list" se enmarca en el ya citado Reto Mundial "La Cirugía Segura Salva Vidas", de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS¹⁸. Como herramienta a disposición de los profesionales sanitarios pretende mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables. Aceptado ya como parte de las rutinas de práctica en la mayor parte de los servicios quirúrgicos, se trata de examinar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en el proceso quirúrgico normal que se desarrolla en cada centro.

A continuación se realiza una revisión más detallada de estas actuaciones en algunos de los Servicios de Salud

de las 17 Comunidades Autónomas de España.

La Seguridad quirúrgica en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

En el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha los posicionamientos estratégicos en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se orientan al fomento de la cultura, la formación en la detección de los errores, su registro sistemático, el análisis de la información recogida y la conversión de esta información en conocimiento útil para lograr la mejora continua de los servicios. De igual manera, se orientan las acciones a proporcionar a los pacientes los medios para que puedan notificar los errores de los que, en muchas ocasiones, son ellos los primeros en descubrirlos. Todo sustentado en el conocimiento científico disponible y a través de las distintas herramientas con que este conocimiento se gestiona.

Desde el año 2009 las distintas iniciativas en esta materia se encuentran recogidas en el denominado Plan Estratégico de Seguridad del Paciente (2009-2012)¹⁹ del SESCAM, que contempla las siguientes actuaciones en relación con la seguridad quirúrgica:

Prevención de eventos adversos en el proceso quirúrgico

- A.V.12.7.1. En toda intervención quirúrgica se realizará la comprobación de determinados aspectos considerados clave para la seguridad del paciente y recogidos en el "listado de verificación de seguridad quirúrgica".
- A.V.12.7.2. En todos los procesos quirúrgicos se incluirá la actividad de valoración anestésica, tanto pre, como intra y postoperatoria según la mejor evidencia científica.
- A.V.12.7.3. En los protocolos de las intervenciones quirúrgicas se incluirá la verificación preoperatoria de los riesgos que puede presentar el paciente con motivo de la anestesia, según la hoja de consulta preanestésica.
- A.V.12.7.4. En los protocolos de las intervenciones quirúrgicas se incluirá la profilaxis antibiótica según protocolo aprobado e implantado en el centro.
- A.V.12.7.5. En todos los procesos quirúrgicos se definirán las actuaciones destinadas a evitar errores en el manejo del material utilizado.
- A.V.12.7.6. El proceso quirúrgico deberá recoger los aspectos relacionados con la circulación de personas y el mantenimiento del material en la zona quirúrgica.
- A.V.12.7.7. En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizará e implantará un protocolo de adecuado tratamiento en cuanto a limpieza y mantenimiento del instrumental quirúrgico.
- A.V.12.7.8. En todos los centros sanitarios del SESCAM

se fomentará la revisión periódica para el correcto mantenimiento y calibración del aparatado electromédico que interviene en el proceso quirúrgico.

- A.V.12.7.9. En los protocolos quirúrgicos del SESCAM se incluirán, adaptándolas a nuestro contexto, las recomendaciones de órganos de referencia internacional y las recomendaciones que vienen de análisis propios, como por ejemplo en materia de:
 - Uso apropiado de medicamentos en los procesos perioperatorios
 - Procedimiento preoperatorio adecuado de eliminación del vello
 - Control postoperatorio de la glucosa para pacientes con cirugía mayor
 - Normotermia postoperatoria para pacientes con cirugía colorrectal
- A.V.12.7.10. En todos los centros sanitarios del SESCAM se establecerán protocolos de actuación en el caso de infarto agudo de miocardio en un proceso quirúrgico y se difundirán oportunamente.
- A.V.12.7.11. En todos los centros sanitarios del SESCAM se realizará formación específica en reanimación cardiopulmonar dirigida al personal implicado en el proceso quirúrgico.
- A.V.12.7.12. En todas las Gerencias del SESCAM se realizarán acciones de formación e información a los profesionales, sobre medidas para disminuir la probabilidad de infecciones en el lugar quirúrgico.

Las distintas actuaciones contempladas están desplegándose progresivamente en los centros e instituciones sanitarias de la región, de manera que a finales de 2012 se encuentre plenamente implantado.

La seguridad quirúrgica en otros Servicios de Salud del SNS.

ANDALUCÍA. La Estrategia para la Seguridad del Paciente en el Servicio Sanitario de Andalucía declara el propósito de crear una nueva cultura de seguridad alrededor de los temas de seguridad clínica, en el Marco de la Alianza por la Seguridad del Paciente propugnada por la OMS.

La Estrategia se organiza en torno a 24 objetivos que abordan la gestión de riesgos, los sistemas de información, la investigación, la formación de los profesionales y las buenas prácticas en seguridad, claves en los procesos operativos. Uno de los objetivos específicos es la creación de un Observatorio para la Seguridad del Paciente “con el fin de poner a disposición de las organizaciones y de todos los interesados, el conocimiento generado por sus profesionales (buenas prácticas, acciones de mejora, notificación de incidentes, etc.)²⁰ y el procedente de otras

organizaciones y sistemas, con la finalidad de ayudar a proporcionar cuidados cada vez más seguros”.

ARAGÓN. Con respecto a la seguridad quirúrgica en Aragón, se ha venido realizando formación en gestión de riesgos a equipos quirúrgicos y en varios servicios de cirugía se va a implementar un sistema de notificación de eventos adversos (dentro de un Plan de Seguridad Integral) a partir de este año 2010.

Esta estrategia en comparación con identificación inequívoca de pacientes, higiene de manos o el proyecto “Bacteriemia Zero” está todavía pendiente de desarrollo.

MADRID. El Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Comunidad de Madrid es una iniciativa orientada a incrementar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad de los profesionales y pacientes en el entorno sanitario. Como parte de su estrategia de seguridad y entre los proyectos más recientes, se encuentra el desarrollo de la “Estandarización de la evaluación de preparación prequirúrgica y de profilaxis antibiótica, en pacientes sometidos a intervención quirúrgica en 15 Hospitales de Madrid”. Como parte de este proyecto está previsto el desarrollo de un protocolo común para la preparación prequirúrgica.

CASTILLA Y LEÓN. Entre otros proyectos, además de la aplicación del check-list quirúrgico, prevista para todos los hospitales del Servicio de Salud (SACYL), durante el año 2010, se viene desarrollando el proyecto “Bacteriemia Zero” en 10 UCi. Existen también proyectos locales de gestión de riesgos en áreas quirúrgicas (incluye realización de la Asociación Mexicana de Entidades Financieras Especializadas (AMFE) –análisis modal de fallos y efectos- y gestión de incidencias) en 5 hospitales.

Se encuentra en desarrollo el diseño de un sistema de notificación de incidentes sin daño a nivel hospitalario.

PAÍS VASCO. El Plan Estratégico 2008-2012 de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud²¹, establece dos grandes líneas de trabajo en seguridad del paciente:

- Gestionar la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria a nivel local (en servicios, unidades, centros) estructurando un sistema de monitorización, medición y notificación. Se trata de sensibilizar a los profesionales en los valores de la nueva cultura y extender en la red de Osakidetza el empleo de sistemas de monitorización, medición y notificación de resultados clínicos adversos durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente, de manera que puedan ser analizados.
- Reducir la incidencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y los riesgos de efectos adversos ligados al uso de medicamentos. Se trata de reforzar

las prácticas seguras que conllevan la reducción de la incidencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y los riesgos derivados del uso y gestión de los medicamentos.

CONCLUSIONES

La Seguridad del Paciente en todos los ámbitos de la atención sanitaria, sean estos médicos o quirúrgicos, constituye un área de complejo abordaje porque en ella confluyen numerosos elementos de distinta naturaleza (organizativos, sociológicos, educativos, económicos, gerenciales, clínicos, epidemiológicos).

Prácticamente todos los Servicios regionales de Salud que conforman el SNS español están llevando a cabo diferentes iniciativas relacionadas con la seguridad quirúrgica de los pacientes. Aunque no en su totalidad, la difusión del check-list o lista de verificación quirúrgica promovida por la OMS se encuentra ampliamente extendida e implantada en muchos hospitales del sistema sanitario.

La constitución de Unidades de Gestión de Riesgos clínicos para el análisis y evaluación de los efectos adversos relacionados con la asistencia o el desarrollo de sistemas estandarizados para la notificación de incidentes, son algunas otras medidas que se están poniendo en marcha en diferentes lugares, como parte de la creación de esa deseable "cultura de seguridad" que debe ser una seña de identidad de los sistemas sanitarios que aspiran a la calidad y la excelencia.

Como recuerdan Aranaz y Vitaller²², es evidente que en esta materia tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar y, sin duda, un futuro para normalizar buenas prácticas, cambiar conductas y mejorar hacia esa cultura generadora de ideas en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.

En un trabajo reciente, Ruíz y Carrasco²³, sostienen que todavía es necesario recorrer un largo camino en nuestras instituciones sanitarias para alcanzar una "cultura de seguridad" suficiente que promueva la política de "0 defectos", como en otros sectores tales como la aviación, la energía nuclear, la química o la fabricación de automóviles. En ese camino, el papel de los líderes de las organizaciones sanitarias, directivos, gestores y clínicos, resulta imprescindible para reducir los riesgos y fortalecer las defensas contra el daño prevenible en los pacientes.

Agradecimiento

Agradecemos la colaboración de Pilar Astier, (Aragón), M^a José Pérez Boillos (Castilla y León), Cristina Navarro y Alberto Pardo (Madrid), por algunos de los datos facilitados para la elaboración del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. International Classification for Patient safety (CISP) v 1.1 [Internet]. [publicado enero 2009; acceso 18-11-2010]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
2. Mills DH. Medical insurance feasibility study. A technical summary. West H Med. 1978;128:360-365
3. Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. p.1-38.
4. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cir Cir. 2008;76:355-361.
5. Neuhauser D. Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care. 2002;11: 104-105.
6. Otero R. Flexner y Codman. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/BIBLIOTECA/FlexnerCodman.pdf>.
7. Requena J, Michel P, Aranaz JM, Limon R. Siguiendo la pista de los efectos adversos: Cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4): 204-210.
8. Aguiló J, García J, Garay M, Muñoz C, Peiró S. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):185-192.
9. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p.1-170.
10. Morris JA, Carrillo Y, Jenkins J, Smith P, Bledsoe S, Pichert J, White A. Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough. Ann Surg. 2003; 237:844-852.
11. Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Complications in surgical patients. Arch Surg. 2000;137:611-7.
12. McArdle Cs, Hole DJ. Influence of volume and specialization on survival following surgery for colorectal cancer. Br J Surg. 2004;91:610-617.
13. World Health Organization. Quality of care: patient safety. 55th World Health Assembly. 2002. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf.
14. World Health Organization. The Launch of the World Alliance for Patient Safety. [publicado 27-10-2004; acceso 24-11-2010] Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/launch/en/index.html>.
15. Campillo C. La seguridad del paciente. ¿Estamos seguros de ella? Gestión Clín Sanit. 2009;11(3):83-88.
16. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: A model for large scale knowledge translation. BMJ. 2008; 337: a1714.
17. World Health Organization. THE SECOND GLOBAL PATIENT SAFETY CHALLENGE. Safe Surgery Saves Lives. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. 2009. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: www.who.int/patientsafety/challenge/safe.surgery/en/index.html/
18. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2009-2012. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/Plan_Estrategico_Seguridad_ESCAM_09-12.pdf.
19. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Observatorio para la seguridad del paciente. Prácticas seguras en Cirugía y Anestesia. 2009. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/menu/practicaseguras/Practicas_seguras_en_Cirugia_y_Anestesia/.
20. Gobierno Vasco, Osakidetza. De la excelencia a la innovación. Plan estratégico 2008-2012. Osakidetza. 2008. [Internet]. [acceso 10-04-2010]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-osk0027/es/contenidos/informacion/calidad_osk/es_0027/adjuntos/planEstrategico_c.pdf.
21. Aranaz, JM., Vitaller, J. De la gestión de riesgos a la seguridad del paciente. Rev Calid Asist. 2007; 22(6):270-271.
22. Ruiz P, Carrasco J. Liderazgo en la seguridad del paciente. Rev Calid Asist. 2010; 25(2):55-57.