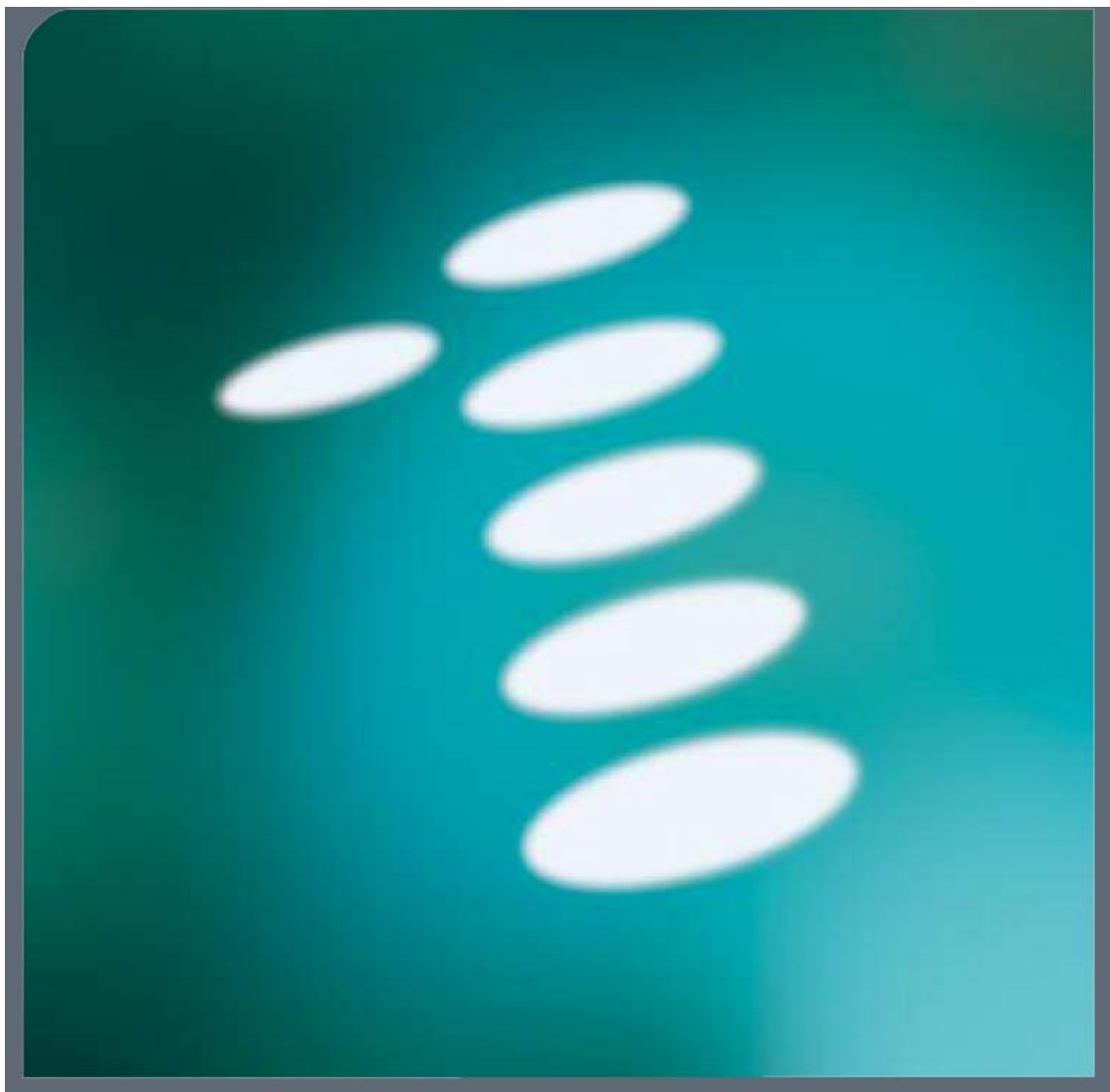




# SIETE PASOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA







## **SIETE PASOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA**

### **NOTA A LA VERSIÓN ESPAÑOLA**

La publicación que aquí se presenta del documento *La Seguridad del Paciente en Siete Pasos*, enfocada especialmente al sector de atención primaria, ha sido traducida al español por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, con el permiso del NHS (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido).

La traducción de este documento responde al objetivo de fomentar la información y formación de profesionales y pacientes para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria, recogido en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Esta publicación forma parte de un amplio esfuerzo a nivel internacional, dirigido a la mejora de la seguridad en la atención sanitaria.

Este documento es una guía de las mejores prácticas, que describe las siete áreas clave de actividad en las que las organizaciones y equipos de atención primaria deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden. Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudar a planificar la actividad y evaluar la actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos se ayuda a garantizar que la atención prestada es lo más segura posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayuda a la organización a lograr sus objetivos de gobierno clínico y gestión del riesgo.

Se presenta, en primer lugar, la necesidad de desarrollar una cultura de seguridad que por una parte acepte los riesgos inherentes a la asistencia sanitaria y por otra, hable abiertamente de incidentes o errores.

Finalmente, se describen en el documento los procesos prioritarios de la NPSA y se ofrece orientación sobre cómo incorporar lecciones y cambios en procesos y sistemas, proporcionando ejemplos de enfoques y soluciones desarrollados por la NPSA.



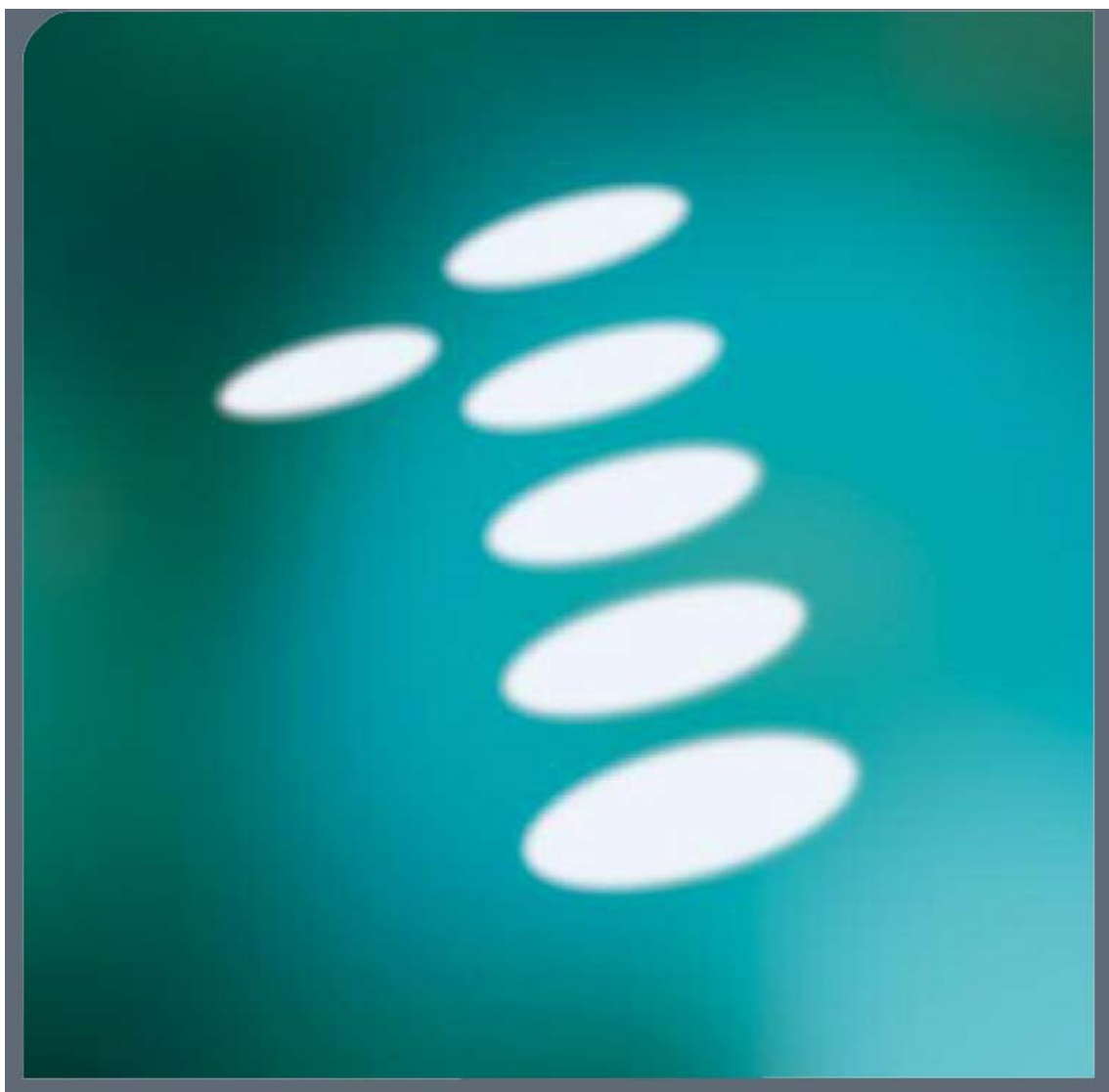
## *ÍNDICE*

	<u><b>Págs.</b></u>
<i>INTRODUCCIÓN .....</i>	<b>2</b>
<i>PASO 1: DESAROLLAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD.....</i>	<b>15</b>
<i>PASO 2: LIDERAR Y APOYAR A SU PERSONAL.....</i>	<b>40</b>
<i>PASO 3: INTEGRAR SU ACTIVIDAD DE GESTIÓN DEL RIESGO.....</i>	<b>56</b>
<i>PASO 4: PROMOVER LA NOTIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA...</i>	<b>79</b>
<i>PASO 5: INVOLUCRAR Y COMUNICARSE CON PACIENTES Y PÚBLICO</i>	<b>113</b>
<i>PASO 6: APRENDER Y COMPARTIR LECCIONES DE SEGURIDAD.....</i>	<b>137</b>
<i>PASO 7: IMPLANTAR SOLUCIONES PARA PREVENIR EL DAÑO.....</i>	<b>177</b>



# Introducción

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria







# Un mensaje de la Dirección Ejecutiva Conjunta

## Antecedentes e Introducción



## Un mensaje de la Dirección Ejecutiva Conjunta

Cada día más de un millón de personas son tratadas de forma segura y satisfactoriamente en la atención primaria financiada por el *NHS* (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido). Los progresos en tecnología y conocimiento han hecho esto posible, pero también han creado un sistema de salud de una enorme complejidad. En este contexto la seguridad del paciente es obviamente de la máxima importancia y llevar este concepto adelante puede parecer sobrecogedor. Esto es especialmente así en la atención primaria, debido a la diversidad y complejidad del sector y al gran cambio de agenda que todos ustedes afrontan.

Esta complejidad conlleva su propia serie de riesgos, y se cometerán errores con independencia de la dedicación y profesionalidad del personal. Este efecto es generalizado. Puede tener consecuencias emocionales y físicas devastadoras para los pacientes y sus familias. También para el personal involucrado, los incidentes pueden ser terribles (demoledores), mientras que los miembros de los equipos clínicos y prácticas pueden llegar a desmoralizarse y decepcionarse. Los incidentes de seguridad también incurren en costes por litigio y tratamiento extra.

En noviembre de 2003, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente (*NPSA*) elaboró "*La Seguridad del Paciente en Siete Pasos*", una guía de buenas prácticas con la intención de ofrecer a las organizaciones del *NHS* orientación práctica y apoyo para mejorar la seguridad del paciente. Esto fue continuado a principios de 2004 con una guía completa de referencia destacando los últimos conocimientos y evidencias en la seguridad del paciente.

Aunque la guía estaba dirigida al personal de todos los entornos de la asistencia sanitaria, la respuesta de organizaciones y equipos de atención primaria nos mostró que querían su propia versión de la guía, para reconocer y abordar los diferentes retos a los que se enfrenta el sector de atención primaria. La *NPSA* está comprometida a asegurar que los productos y asesoramiento que desarrollamos para el personal sanitario y organizaciones son eficaces y útiles. También damos mucha importancia al papel vital y contribución que todos los trabajadores de la atención primaria pueden realizar para llevar adelante la agenda de la seguridad del paciente, y hemos respondido desarrollando esta versión separada de *La Seguridad del Paciente en Siete Pasos* específicamente para el sector. Esperamos que les sea útil para abordar las cuestiones sobre seguridad del paciente con las que tratan diariamente.

La seguridad del paciente concierne a todos en el *NHS*, tanto si trabajan en un papel clínico como no clínico, si es un contratista independiente, o una organización de atención primaria.

En la *NPSA* creemos que abordar la seguridad del paciente conjuntamente y de modo sistemático puede tener un impacto positivo en la calidad y eficacia de toda la asistencia sanitaria financiada por el *NHS*. La *NPSA* reconoce que mejorar la seguridad del paciente no solo depende de nuestro trabajo a nivel nacional, sino también del trabajo esencial que se está realizando a nivel local. Nos hemos beneficiado enormemente del entusiasmo y del trabajo constante de numerosas personas, personal, pacientes y público, a través de todos los sectores y niveles del *NHS*.

Desde que se creó la *NPSA* en 2001 hemos encontrado un alto nivel de compromiso con la seguridad del paciente desde diversos campos de personal dentro y fuera del *NHS*. Cientos de organizaciones ya están trabajando con nosotros para mejorar la seguridad de los pacientes en su cuidado. En particular nos gustaría agradecer a las organizaciones que han trabajado con nosotros para desarrollar y poner a prueba nuestro Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje, junto con nuestras soluciones sobre seguridad del paciente. Nuestro reconocimiento y gratitud a todas estas organizaciones por su tiempo, dedicación y entusiasmo por la seguridad del paciente.

La seguridad en asistencia sanitaria es un campo relativamente nuevo a nivel internacional y necesitará algún tiempo antes de que podamos comprender su potencial completo. Todavía tenemos un largo camino por recorrer, pero ya estamos viendo evidencia de que trabajando juntos podemos realizar una asistencia sanitaria más segura. Esperamos que esta versión de "*Siete pasos para la seguridad del paciente*" ayude a todos los que sean partícipes en atención primaria para hacer de la seguridad del paciente una realidad.

**Sue Osborn y Susan Williams**

Dirección Ejecutiva Conjunta

## Antecedentes e introducción

### Su guía para seguridad del paciente en atención primaria

Cada día una enorme cantidad de personas son tratadas y atendidas en la atención primaria financiada por el *NHS*. Por ejemplo, casi un millón de personas visitan a su médico de familia; 1,5 millones de prescripciones son dispensadas, y las enfermeras de distrito realizan 100.000 visitas. En toda esta compleja actividad, el potencial de riesgo para los pacientes es alto; algunas veces las cosas van mal y como consecuencia los pacientes sufren algún daño. Cuando los pacientes se desplazan entre los sectores de atención primaria y secundaria, se incrementa más el potencial de problemas de seguridad del paciente.

*Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria* es una guía de las mejores prácticas, que describe las siete áreas clave de actividad en las que las organizaciones y equipos de atención primaria deben trabajar para salvaguardar la seguridad de los pacientes que atienden.

### Los siete pasos para la seguridad del paciente

- Paso 1 Desarrollar una cultura de seguridad.**  
Crear una cultura que sea abierta y justa.
- Paso 2 Liderar y apoyar a su personal.**  
Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización.
- Paso 3 Integrar su actividad en gestión del riesgo.**  
Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar.
- Paso 4 Promover la notificación.**  
Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional.
- Paso 5 Involucrar y comunicar con pacientes y público.**  
Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.
- Paso 6 Aprender y compartir lecciones de seguridad.**  
Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y porqué suceden incidentes.
- Paso 7 Implantar soluciones para prevenir el daño**  
Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas.

“*Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria*” es su guía para la seguridad del paciente. Es más relevante para el personal responsable del gobierno y gestión del riesgo clínico, pero también se aplica a todos aquellos que son responsables de proporcionar asistencia a los pacientes en servicios de atención primaria. Esta guía es igualmente aplicable para el personal del *NHS* y contratistas independientes con distintas responsabilidades.

Estos Pasos están basados en un minucioso estudio del material publicado en todo el mundo, reflejando el pensamiento actual y mejor práctica, y la experiencia en cuanto a qué es lo que funciona en seguridad del paciente. La guía está dividida en Pasos individuales que pueden ser descargados por separado y utilizados para desarrollar sus estrategias, políticas y planes de actuación, así como para presentaciones a su personal.

Las herramientas y soluciones descritas en estos Pasos han sido desarrolladas por expertos en seguridad del paciente conjuntamente con el personal y organizaciones del *NHS*. Hemos hecho todos los esfuerzos para primero poner a prueba cada iniciativa del *NPSA*. Aunque esto ha ralentizado nuestro progreso pensamos que era crucial antes de cualquier implantación nacional a través del *NHS*. Hemos intentado no ser demasiado preceptivos – existen soluciones nacionales para procesos y procedimientos universales, pero los problemas locales requieren soluciones adecuadas al entorno local propio. Esperamos que esta guía les ayude a identificar los beneficios que pueden obtener en su propia organización, práctica o equipo.

Los Pasos descritos no son exclusivamente un proceso después de otro, ya que son parte de un proceso continuo y proporcionan a las organizaciones, personal y equipos de atención primaria un marco sobre el que trabajar para la mejora de seguridad del paciente. Les ayudarán a desarrollar una cultura donde el personal y los pacientes sean tratados de un modo abierto y justo, donde la seguridad del paciente sea una característica principal de sus políticas y sistemas y esté presente en la mente de todos y en el trabajo de todos. La *NPSA* cree que la experiencia del paciente debería estar en el centro de cualquier campaña para hacer más segura la atención al paciente, y que una mejor comunicación entre el personal y los pacientes es una cuestión clave en ese esfuerzo. Teniendo esto en cuenta, hemos asegurado que los principios de participación y comunicación con los pacientes sean un importante componente de cada Paso.

Algunas organizaciones ya han progresado mucho en el camino de la seguridad del paciente, pero muchas tan solo han comenzado a pensar en cómo abordar mejor los problemas de seguridad del paciente a los que se enfrentan. Hemos intentado por tanto proporcionar consejos prácticos y técnicas, ejemplos de mejor práctica a nivel local y una serie de herramientas de gestión y promoción de seguridad del paciente. Ellos proporcionan una lista de control para ayudar a planificar su actuación y valorar su ejecución.

Seguir estos Pasos ayudará a garantizar que la asistencia que proporcionan sea tan segura como sea posible, y a adoptar la decisión correcta cuando las cosas fallen. También les ayudará a cumplir sus actuales estándares de gobierno clínico o compromisos contractuales, acreditaciones de gestión del riesgo y los estándares nacionales de seguridad.<sup>1</sup> Animamos a todo el personal que proporciona asistencia en el *NHS* a utilizar esta guía como un manual de seguridad del paciente y como un marco de trabajo para desarrollar su planificación en la mejora de la seguridad del paciente por un periodo de tres a cinco años. Existen muchos ejemplos de iniciativas en el mundo que han demostrado con éxito que se puede mejorar la seguridad del paciente. El *NHS* está precisamente situado para ser pionero en mejoras de seguridad del paciente a través de un sistema único y “*Siete pasos para la seguridad del paciente en atención primaria*” proporciona un marco de trabajo a organizaciones, personal y equipos de atención primaria para lograrlo.

## Reconocimientos

- Autor: Suzette Woodward, Subdirectora de Práctica y Atención Segura, y Responsable de Mejora de Seguridad del Paciente de la *NPSA*.
- Apoyo editorial: Olivia Lacey y Adam Toms, Comunicaciones, *NPSA*.
- Asesores internos de *NPSA*: Equipo de Atención Primaria (expertos en obstetricia, farmacia y gestión práctica), *NPSA*; Dra. Maureen Baker, Asesor Especial Clínico, *NPSA*.
- Asesores externos: Dra. Aneez Esmail, Universidad de Manchester; Sra. Debbie Kelly, Responsable de Gobierno Clínico, Ealing PCT; Dr. Paul Helliwell, Asesor de Odontología para la *NPSA*; Sra. Tracey Passway, Experta en Dietética; Dr. Mayur Lakhani, Presidente del Royal College of General Practitioners.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad (2004). Estándares Nacionales, Actuación Sanitaria Local y Estándares de Asistencia Social y Marco de Planificación 2005/06–2007/08. Disponible en [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)

## Terminología

Para facilitar la referencia en estos Pasos:

**Organización(es) de atención primaria** será utilizada como un término colectivo para describir los *trusts*\* de atención primaria (Inglaterra) y los consejos sanitarios locales (Gales).

**Práctica(s)** será utilizada para incluir todos los distintos tipos de prácticas; prácticas médicas generales, prácticas odontológicas generales, y su personal (por ejemplo: enfermeras, directores de práctica, enfermería odontológica, higienistas, recepcionistas), optometristas, oculistas, farmacéuticos, etc.

**Equipos y personal** se aplica a equipos que están gestionando directamente el trabajo en servicios comunitarios, por ejemplo: atención comunitaria infantil, atención comunitaria de aprendizaje para discapacitados, puericultores, enfermeras de distrito, enfermeras domiciliarias, atención psiquiátrica comunitaria y obstetricia comunitaria (esta última empleada por un *trust*\* de atención hospitalaria). El término también incluye profesionales *lone* "solo" que trabajan en servicios comunitarios (por ejemplo: clínicas, domicilios de los pacientes, servicios de cuidados para dar descanso a la familia, centros de día, residencias, hogares para la tercera edad), así como enfermeras especializadas, y profesionales relacionados con la sanidad (por ejemplo: podólogos, fisioterapeutas, audiometristas, logopedas, terapeutas ocupacionales, dietistas).

**Líderes** se aplica al director general de un *trust*\* de atención primaria o consejo sanitario local; su consejo, directores asociados y personal senior; líderes clínicos y de dirección en cada práctica (jefes farmacéuticos, jefes de medicina general, jefes de odontología general, jefes de optometría, directores de práctica); enfermeras jefe; y jefes de cada profesión relacionada con la sanidad.

---

\* **Nota del traductor:** En Inglaterra los *Trusts* de Atención Primaria son organizaciones locales (con una población de entre 80.000 y 300.000 personas) responsables de gestionar los servicios sanitarios generales (comunitarios), salvo para servicios altamente especializados. Son también responsables de la integración de la asistencia sanitaria y social, garantizando que las organizaciones sanitarias locales trabajen conjuntamente con las autoridades locales. Los directores ejecutivos de las *PCT* son responsables de garantizar la calidad clínica y el control financiero, dentro de los márgenes acordados a nivel nacional. Los *Trusts* del *NHS* (Sistema Nacional de Sanidad) gestionan los hospitales, responsabilizándose de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los *Trusts* emplean al personal del *NHS*, incluyendo tanto personal sanitario, como doctores y enfermeras, así como personal no sanitario. Tanto los *PCT* como los Hospitales del *NHS Trusts* son supervisados por 28 Autoridades sanitarias estratégicas. Son responsables de desarrollar las relaciones de trabajo mediante acuerdos de servicio sectoriales.



## Seguridad del paciente – nuestro reto nacional

La publicación del Ministerio de Sanidad, *An organisation with a memory* (Una organización con memoria), impulsó el movimiento de seguridad del paciente en el *NHS*. El informe estudió el volumen creciente de evidencia internacional en seguridad del paciente. Se dirigió la atención a la escala y patrón de incidentes de seguridad del paciente potencialmente evitables<sup>a</sup> y a las consecuencias devastadoras que pueden producir en los pacientes, sus familias y el personal sanitario involucrado. El informe también reconoció que, como en muchos otros países, existe escaso aprendizaje sistemático sobre incidentes en seguridad del paciente y fallos de servicio en el *NHS*. “*An organisation with a memory*” propuso soluciones basadas en desarrollar una cultura de transparencia, conciencia de notificación y seguridad entre las organizaciones del *NHS*, e identificó cuatro áreas clave que necesitan ser abordadas si el *NHS* está dispuesto a modernizar con éxito su enfoque para aprender de los errores.

### 1 **Unificar mecanismos de notificación y análisis cuando las cosas van mal.**

La *NPSA* se propone reunir información sobre incidentes de seguridad del paciente, recopilar información local (de personal y pacientes), estudiar evidencias existentes (por ejemplo: epidemiología, investigación y desarrollo), impulsar la investigación y desarrollo original y dar respuesta e información sobre seguridad del paciente a las organizaciones del *NHS* y a pacientes. Esto es descrito con más detalle en el **Paso 4**.

### 2 **Una cultura más abierta en la que incidentes o fallos de servicio puedan ser comunicados y tratados.**

La *NPSA* propone el enfoque de cambiar la cultura en la asistencia sanitaria para mejorar la seguridad de los pacientes. Esto se efectúa aumentando la conciencia, proporcionando una orientación clara, facilitando apoyo a través de una red de directores de seguridad del paciente, y desarrollando las herramientas y técnicas descritas en los **Pasos 1 y 2**. El **Paso 5** describe la participación y comunicación con los pacientes y sus familiares para garantizar que somos más abiertos e integradores.

---

<sup>a</sup> **Incidente de seguridad de paciente:** cualquier incidente no intencionado o inesperado que pueda tener o condujo a daño a uno o más pacientes que reciben atención sanitaria financiada por el *NHS*. El término “incidente de seguridad del paciente” será utilizado para describir “sucesos adversos” o “errores clínicos”, y “casi errores” esto se describe con más detalle en el **Paso 4**.

**3 Sistemas y procesos de supervisión para garantizar que donde las lecciones son identificadas, se llevan a cabo los cambios necesarios.**

El **Paso 7** promueve la importancia de traducir las enseñanzas sobre incidentes en soluciones prácticas de cambio a largo plazo y garantizar que se encuentren arraigadas en la cultura y práctica rutinaria de los *trusts*\*; consejos sanitarios locales, prácticas y equipos de atención primaria. Les ofrecemos orientación sobre cómo incorporar enseñanzas o cambios en procesos y sistemas, y proporcionamos ejemplos de enfoques y soluciones desarrolladas por la *NPSA*.

**4 Un mayor reconocimiento del valor de los sistemas propuestos en prevenir, analizar y aprender de incidentes de seguridad del paciente.**

El **Paso 6** explica cómo utilizar técnicas de investigación cronológicas–sucesos significativos auditados (SSA) y análisis sobre causa raíz (ACR) – para averiguar qué falló en un incidente de seguridad del paciente, cómo y por qué. Aconsejamos sobre cómo las organizaciones, prácticas y equipos de atención primaria pueden aprender lecciones de seguridad a través del SSA/ACR y qué puede hacer la *NPSA* para ayudar.

## Fuentes en Internet para seguridad del paciente

Para acceder a todas las versiones de *Seven steps to patient safety*:  
**[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)**

Su director local de seguridad del paciente de la *NPSA* también puede ayudarle con apoyo y asesoramiento: **[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)**

Más información sobre boletines informativos de seguridad, evaluaciones de cultura de seguridad y otras herramientas:  
**[www.saferhealthcare.org.uk](http://www.saferhealthcare.org.uk)**

La *NPSA* desarrolló el Árbol de Decisión de Incidentes en atención hospitalaria para apoyar una toma de decisión justa, y ahora la herramienta esta siendo adaptada para atención primaria.

**[www.npsa.nhs.uk/health/resources/incident\\_decision\\_tree](http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/incident_decision_tree)**

La política de “Ser abierto” de la *NPSA* fomenta al personal y organizaciones sanitarias a ser más honestas y abiertas con los pacientes cuando las cosas van mal. Herramientas de formación y recursos para apoyar políticas locales ya están disponibles. Para más información visiten *Being open academy*: **[www.msnpsa.nhs.uk/boa](http://www.msnpsa.nhs.uk/boa)**

Visite **[www.npsa.nhs.uk/npsa/newsletter](http://www.npsa.nhs.uk/npsa/newsletter)** para suscribirse en nuestro boletín informativo de actualizaciones sobre nuestro trabajo.

Su director de seguridad del paciente puede informarle de los planes de formación para análisis de la causa raíz en su área. La *NPSA* también ha desarrollado un paquete de aprendizaje con soporte en la Web sobre técnicas de análisis de la causa raíz.

**[www.npsa.nhs.uk/health/resources/root\\_cause\\_analysis](http://www.npsa.nhs.uk/health/resources/root_cause_analysis)**

Las últimas soluciones y consejos de la *NPSA*:

**[www.npsa.nhs.uk/advice](http://www.npsa.nhs.uk/advice)**

### Otros sitios Web de utilidad

Healthcare Commission, Inglaterra:

**[www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk)**

Department of Health, Safety Alert Broadcast System, Inglaterra:

**[www.info.doh.gov.uk/sar/cmopatie.nsf](http://www.info.doh.gov.uk/sar/cmopatie.nsf)**

NHS Modernisation Agency, Inglaterra: **[www.modern.nhs.uk](http://www.modern.nhs.uk)**

Healthcare Inspectorate Wales: **[www.hiw.wales.gov.uk](http://www.hiw.wales.gov.uk)**

Institute of Quality Assurance, Estados Unidos: **[www.iqa.org](http://www.iqa.org)**

Institute of Medicine, Estados Unidos: **[www.iom.edu](http://www.iom.edu)**

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, Estados Unidos: **[www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)**

National Patient Safety Foundation, Estados Unidos: **[www.npsf.org](http://www.npsf.org)**

National Center for Patient Safety, Estados Unidos:  
**[www.patientsafety.gov](http://www.patientsafety.gov)**

The Leap Frog Group for Patient Safety, Estados Unidos:  
**[www.leapfroggroup.org](http://www.leapfroggroup.org)**

International Society for Quality in Healthcare, Australia:  
**[www.isqua.org.au](http://www.isqua.org.au)**



## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas han fallado. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.npsa.nhs.uk/sevensteps](http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

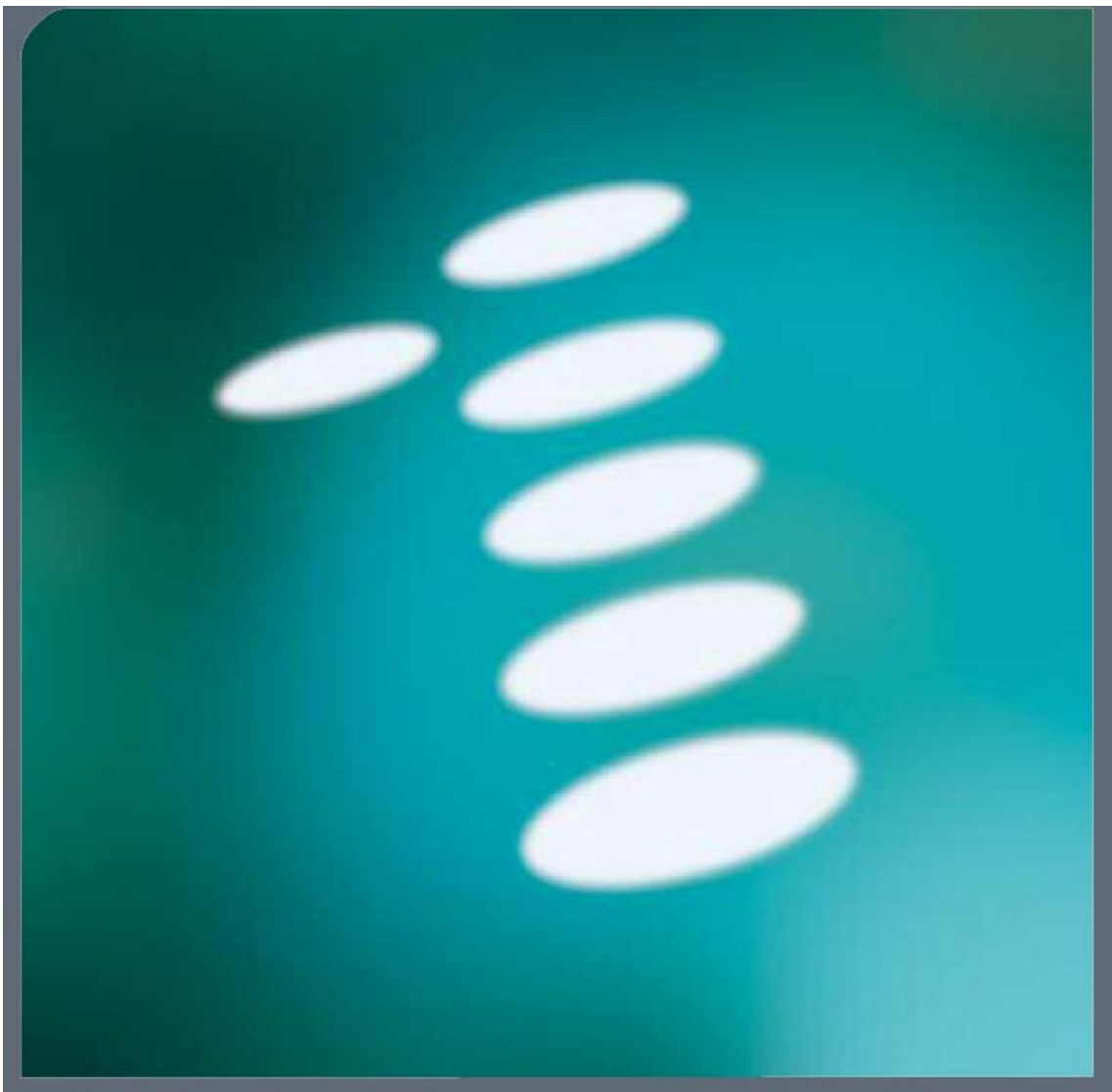
[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)



# Paso 1

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Desarrollar una cultura de seguridad







## Paso 1

Desarrollar una cultura de seguridad



<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>Desarrollar una cultura de seguridad</b>	<b>4</b>
Los principios clave	5
¿Cuáles son las cuestiones de seguridad del paciente en atención primaria?	6
Estudio de un caso práctico: obstetricia general	9
<b>¿Qué es cultura de seguridad?</b>	<b>9</b>
¿Por qué es importante una cultura de seguridad?	10
<b>El enfoque equilibrado para la seguridad</b>	<b>11</b>
¿Por qué el enfoque equilibrado es importante para la seguridad?	13
<b>Ser abierto y justo</b>	<b>14</b>
¿Por qué es importante ser abierto y justo?	15
¿Qué pueden hacer los prestadores de atención sanitaria?	16
Revisión de cultura de seguridad	16
<b>¿Cómo puede ayudar la NPSA?</b>	<b>17</b>
Marco de Trabajo de Seguridad del Paciente de Manchester	17
Marco de Trabajo de Seguridad del Paciente de Manchester para Farmacia	18
Medida de evaluación de la situación del equipo	19
Creando el círculo integro: seguridad del paciente, responsabilidad y una cultura abierta y justa	20
Árbol de Decisión ante Incidentes	21
<b>Buena práctica en desarrollar una cultura de seguridad</b>	<b>22</b>
<b>Referencias</b>	<b>23</b>



## Paso 1

### Desarrollar una cultura de seguridad

Mejorar la seguridad paciente<sup>a</sup> en el Reino Unido requiere cambios en áreas muy diversas; también es un cambio cultural dentro del sistema sanitario. Una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona; esto es la esencia del gobierno clínico. También es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria entraña esos riesgos. La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la atención al paciente se ven mejoradas.<sup>1,2,3</sup>

Las organizaciones tienen culturas especiales; una combinación de valores, creencias y comportamientos que definen su forma de trabajar. En la atención primaria hay que afrontar una enorme agenda - un auténtico cambio en la complejidad del volumen de trabajo que tendrá un impacto sobre la cultura de seguridad de cada organización. Factores como cambios en planes de trabajo, avances en tecnología, desplazamiento de volumen de trabajo desde la atención secundaria a la primaria, cambios en el personal tales como enfermeras que puedan prescribir y priorizar (seleccionar), crecientes necesidades de atención sanitaria y social de los pacientes (incluyendo tratamientos farmacológicos más complejos y exigentes estándares clínicos nacionales), así como un mayor examen externo. En los últimos 15 años también se han observado cambios en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas, impulsados por mejores terapias farmacológicas y conocimiento.

---

<sup>a</sup> **Seguridad del paciente:** la identificación, evaluación, análisis y gestión de riesgos relacionados al paciente e incidentes para realizar una atención segura y minimizar daños a pacientes.

\* **Nota del traductor:** *Trusts*: (En Inglaterra los *Trusts* de Atención Primaria son organizaciones locales (con una población de entre 80.000 y 300.000 personas) responsables de gestionar los servicios sanitarios generales (comunitarios), salvo para servicios altamente especializados. Son también responsables de la integración de la atención sanitaria y social, garantizando que las organizaciones sanitarias locales trabajen conjuntamente con las autoridades locales. Los directores ejecutivos de las PCT son responsables de garantizar la calidad clínica y el control financiero, dentro de los márgenes acordados a nivel nacional. Los *Trusts* del NHS (Sistema Nacional de Salud) gestionan los hospitales, responsabilizándose de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los *Trusts* emplean al personal del NHS, incluyendo tanto personal sanitario, como doctores y enfermeras, así como personal no sanitario. Tanto los PCTs como los Hospitales del NHS *Trusts* son supervisados por 28 Autoridades sanitarias estratégicas. Son responsables de desarrollar las relaciones de trabajo mediante acuerdos de servicio sectoriales.

En la actualidad estos pacientes son atendidos regularmente en áreas de atención primaria en lugar del hospital. Por ejemplo, los pacientes con diabetes solían ser atendidos por un médico hospitalario. En 1997 un informe nacional sobre práctica general mostró que actualmente el 75% de pacientes con diabetes son tratados mayoritariamente fuera de los hospitales.<sup>4</sup>

En este primer Paso nos centramos sobre cuestiones de seguridad del paciente en atención primaria, y en cambiar la cultura para mejorar la seguridad del paciente. Explicamos qué entiende la *NPSA* (Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente) por “cultura de seguridad”, qué incluye ser abierto y justo, y describimos los enfoques de sistemas de seguridad. Identificamos cómo las organizaciones de atención primaria<sup>b</sup> pueden evaluar y cambiar su cultura actual, y cómo la *NPSA* puede proporcionar apoyo para crear una cultura de seguridad de atención sanitaria a nivel nacional y local.

### Los principios clave

Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado.

El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando. Estudiar qué es lo que falló en el sistema, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente.

<sup>b</sup> **Organización de atención primaria:** *trusts*\* de atención primaria (Inglaterra); consejos sanitarios locales (Gales).

## **¿Cuáles son las cuestiones de seguridad del paciente en atención primaria?**

Con más de un millón de personas recibiendo tratamiento diariamente en servicios de atención primaria, la *NPSA* reconoce que todo el personal que trabaja en atención primaria, incluyendo contratistas profesionales, juega un papel fundamental en llevar adelante la agenda de seguridad del paciente.

Hasta ahora la gestión del riesgo ha estado enfocada en intervenciones tecnológicas hospitalarias, y está menos desarrollada en atención primaria, pero es claro el empeño por aprender de incidentes de seguridad del paciente. Sabemos que los profesionales sanitarios consideran la seguridad del paciente una prioridad, quieren más tiempo para tratar su agenda de gobierno clínico, y quieren apoyo, formación y consejo práctico sobre cómo mejorar la gestión del riesgo y seguridad del paciente, así como la oportunidad de compartir lecciones. En la *NPSA* estamos comprometidos a buscar formas de ayudar al personal, equipos y organizaciones para hacer de la seguridad del paciente una prioridad y un objetivo alcanzable.

Las cuestiones que ha de afrontar la atención primaria son complejas y hay un cambio creciente de servicios hospitalarios a comunitarios. Alrededor del 70 por ciento de pacientes en contacto con el *NHS* (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido) están actualmente en su domicilio o en servicios de atención primaria y esto aumentará significativamente con los cambios esperados en la forma de prestar la atención sanitaria, tal y como se establece en el Plan de Mejora del *NHS* del Gobierno<sup>5</sup>: Los *trusts*\* de atención primaria (Inglaterra) y consejos sanitarios locales (Gales) también supervisan ahora una variedad de profesionales que no están directamente empleados por ellos. Incrementos adicionales de actividad dentro del sector de atención primaria incluyen:

- El número de prescripciones por año ascendió desde 550 millones en 2000/01 a 615 millones en 2002/03.
- La introducción de nuevos servicios tales como *NHS* directo (línea de asistencia telefónica) y centros donde no es necesario pedir hora para ser atendido.
- Un creciente número de clínicas de atención primaria y comunitaria son capaces de ofrecer más servicios a pacientes, y ayudar a las personas a evitar una visita al hospital. Por ejemplo, desde 2002 a 2003, el aumento en derivaciones de medicina general a hospitales fue solo del 0,1%.

Existe una gran variedad de prácticas en el sector de atención primaria, y las prácticas generales están tratando con una creciente

y amplia gama de síntomas, muchos de los cuales no pueden ser clasificados con facilidad o diagnosticados con claridad.<sup>6</sup> Los cambios en atención sanitaria, tal como adelantar el alta hospitalaria, la prescripción y seguimiento de medicamentos con un potencial de alto riesgo (ej. metotrexato para el tratamiento de artritis reumatoidea, y fármacos para la esterilidad), y una creciente variedad de distintos servicios y áreas que recaen bajo la competencia de la atención primaria, todo ello aumenta el riesgo de daño involuntario al paciente.<sup>7</sup>

Sin embargo, nuestro conocimiento sobre seguridad del paciente en esta área es limitado.<sup>8</sup> Aunque existen algunos estudios académicos relativos a la seguridad del paciente en atención primaria, la mayor parte de la investigación en el Reino Unido y en otros países ha sido dirigida al sector hospitalario. Una valiosa revisión de estudios fue publicada por investigadores de Manchester, los cuales mostraron grandes diferencias en los índices de error, entre 5 y 80 por cada 100.000 consultas.<sup>9</sup> En esta revisión los errores relacionados con diagnósticos fueron consistentemente la categoría más común. Sin embargo, el bajo índice de error parece reflejar la falta de evidencias en este área, más que una verdadera indicación sobre el nivel de errores en la atención primaria. Un estudio publicado en 2004,<sup>10</sup> sobre la epidemiología de errores utilizando un análisis sobre bases de datos relacionados con litigios por negligencia clínica, encontró que:

- Con diferencia, el error más común en atención primaria (50% de casos) fue un fallo o retraso en el diagnóstico. Otros errores comunes incluidos fueron errores de prescripción de medicación, fallo o retraso en derivar al paciente, y fallo para alertar de, o reconocer, efectos secundarios de la medicación (cada uno de ellos alrededor del 5%). No todos estos errores dan como resultado un daño grave.
- El resultado más común de dichos errores registrado en atención primaria fue el fallecimiento del paciente (en el 21% de casos). Otros resultados mencionados con frecuencia incluyen deterioro en la condición clínica (6%) y dolor innecesario (4%).

Esta investigación también evaluó los índices de incidencia de errores tipificados en relación con el total de consultas en atención primaria. Los resultados muestran que el índice de incidencia de errores era más elevado para pacientes en grupos con neoplasmas, problemas congénitos, y complicaciones del embarazo. Análisis más detallados revelaron que una serie de afecciones, tal como septicemia, infección meningocócica, apendicitis y diversos neoplasmas estaban relacionadas con elevados índices de incidencia de errores/reclamaciones.



En otro estudio del Reino Unido sobre diez prácticas médicas generales en 2003, fueron registrados 940 errores en un periodo de dos semanas. El índice total de error fue del 7,5% (75,6 por cada 1.000 citas). Los errores se clasificaron en un 42% asociado a prescripciones, un 30% asociado a errores de comunicación (siendo el caso más frecuente la pérdida de anotaciones del caso) y un 3% de errores denominados como clínicos (con un mantenimiento incorrecto de anotaciones como fuente principal<sup>11</sup>). En un estudio internacional comparando la seguridad del paciente en práctica general, el daño al paciente fue apreciado en alrededor del 30% de los incidentes, entre el 3% y el 9% de ellos los daños fueron “muy graves o extremadamente graves”; en el 4% de casos los errores tuvieron como consecuencia un ingreso hospitalario; y fallecimiento en el 1% de casos.<sup>12</sup>

Un estudio de investigación clave en los Estados Unidos demostró que la mayor parte de errores en práctica general se puede atribuir a dos categorías principales: a) aspectos de los sistemas de prestación de atención, por ejemplo, errores administrativos, fallos al investigar, comunicación inadecuada o poco clara; y b) falta de habilidad y/o conocimiento clínico, por ejemplo, un recepcionista equivocándose al efectuar una cita urgente para un niño sumamente enfermo.<sup>13</sup> Las áreas cruciales para mejorar la seguridad del paciente en práctica general parecen ser diagnóstico, prescripción, dispensación y administración de medicación; y comunicación entre prácticos, entre diferentes profesiones, y entre atención primaria y secundaria.<sup>14</sup>

Mientras el trabajo de investigación ha profundizado en la amplitud de incidentes de seguridad del paciente en atención primaria, es generalmente reconocido que es necesaria una valoración más precisa del número y gravedad de estos incidentes, en orden a desarrollar soluciones seguras y eficaces para mejorar la seguridad del paciente.<sup>15</sup> Un grupo de instituciones está dedicando tiempo y experiencia para aumentar nuestro conocimiento sobre incidentes de seguridad del paciente. Esto incluye la red de investigación sobre seguridad del paciente realizada por la Universidad de Manchester, la Universidad de Plymouth, el enfoque dirigido al diseño de una red de seguridad del paciente en la Universidad de Surrey, y el programa de investigación de seguridad del paciente de la Universidad de Birmingham. Ejemplos de proyectos de investigación emprendidos actualmente por el programa de investigación de seguridad del paciente incluyen: errores de medicación en atención primaria; errores de medicación en hogares y residencias para la tercera edad; y errores de diagnóstico en atención primaria.

Lo cierto es que una mejor comprensión de la naturaleza y número de incidentes de seguridad del paciente en atención primaria ayudará a la *NPSA* a desarrollar soluciones y asesorar la implantación local para prevenir el daño al paciente. Si la *NPSA* debe hacer un retrato más claro de los problemas que afectan a la seguridad del paciente en la atención primaria y desarrollar vías para ayudar a las organizaciones a proteger a los pacientes, es fundamental que cualquier persona que trabaje en atención primaria comunique las cuestiones que fallen.

### **Estudio de un caso práctico: obstetricia general**

En un consultorio X de medicina general, un obstetra realiza una consulta prenatal quincenal. Atendió a una mujer con 32 semanas de embarazo y encontró que tenía la presión arterial ligeramente elevada (120/90). El obstetra sugirió que la señora debía volver a revisar su presión arterial a la semana siguiente.

Cuando la mujer dijo a la recepcionista que necesitaba volver para una revisión de su presión arterial la semana siguiente, se le concertó una cita en la consulta de hipertensión con la enfermera. La mujer acudió a dicha consulta como estaba previsto y se le tomó la presión arterial. Era aún más elevada que la de la semana anterior (140/95). Sin embargo, la enfermera falló al reconocer el significado de ello en una mujer embarazada. No se le realizaron otros estudios y se aconsejó a la mujer que volviera a la consulta de obstetricia la semana siguiente.

Más tarde, ese mismo día, la mujer desarrolló un serio edema y dolor epigástrico, y fue ingresada en el hospital con hipertensión severa inducida por el embarazo. Se le realizó una cesárea de urgencia, desarrolló una enfermedad de Coagulación Intravascular Diseminada y pasó cinco días en la unidad cuidados intensivos.

### **¿Qué es cultura de seguridad?**

La cultura de un equipo o de una organización está formada por el modelo de creencias, valores, actitudes, normas, asunciones tácitas y procedimientos arraigados, que influyen en la forma de actuar de las personas y de trabajar en conjunto. Es una muy poderosa fuerza, que permanece incluso cuando se cambian los equipos y se traslada al personal.

No existe una definición aceptada universalmente de cultura de seguridad en asistencia sanitaria,<sup>16</sup> pero fundamentalmente es una cultura donde personas y equipos tienen una conciencia constante y activa del potencial de cuestiones que pueden fallar. Es también una cultura abierta y justa, en la que se anima a las personas a decir lo que piensan sobre los errores. En equipos y organizaciones con una cultura de seguridad, las personas son capaces de aprender de lo que ha fallado para poder corregirlo.<sup>17</sup> En estos equipos y organizaciones de seguridad del paciente está muy presente en la mente de todos; no solo cuando se presta asistencia, sino también cuando se establecen objetivos, desarrollan procesos y procedimientos, se adquieren nuevos productos y equipos nuevos, y se rediseñan consultorios y departamentos. Ello influye en la visión general, misión y objetivos de un equipo u organización, así como en la actividad diaria.

### ¿Por qué es importante una cultura de seguridad?

Existe evidencia mostrando que cuando se promueve una comunicación abierta y un análisis imparcial de lo que falló en principio, ello puede tener un impacto positivo y cuantificable en la actuación de un equipo o de una organización.<sup>18</sup> Por tanto, una cultura de seguridad ayudará a las organizaciones y prácticas de atención primaria a alcanzar mejoras en su agenda de gobierno clínico<sup>c</sup>. Una parte fundamental para alcanzar un buen gobierno clínico es reconocer que no siempre es posible alcanzar el resultado clínico perfecto y esas lecciones aprendidas son una parte importante y esencial de un programa continuo para la mejora de la calidad.<sup>19</sup>

Un equipo u organización segura es también un equipo u organización informada.<sup>3</sup> El principal beneficio de ello para la asistencia sanitaria es que cada equipo, práctica u organización está prevenida de lo que puede fallar y de lo que ha fallado. Cuantos más errores e incidentes sean notificados con regularidad, cada equipo u organización puede analizarlos de acuerdo con diversos factores. Si el análisis demuestra temas significativos y grupos de incidentes relacionados con factores específicos, se pueden dirigir entonces recursos a las áreas que requieran una mayor investigación. Ello puede entonces utilizarse para compartir el aprendizaje con prácticas, con organizaciones de seguridad del paciente y con la atención secundaria.

---

<sup>c</sup> **Gobierno clínico:** un marco por el que las organizaciones del *NHS* (Sistema Nacional de Salud) son responsables de la mejora continuada de la calidad de sus servicios y de salvaguardar altos estándares de asistencia por la creación de un entorno en el que se desarrolle la excelencia de la asistencia clínica.

<sup>d</sup> **Incidente de seguridad del paciente:** cualquier incidente no intencionado o inesperado que podría tener o condujo a daño a uno o más pacientes que reciben asistencia sanitaria financiada por el *NHS*. Esto se describe con más detalle en el **Paso 4**.

Otros beneficios importantes de una cultura de seguridad en atención sanitaria son:

- Una reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- Una reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir debido a que las personas sean más conscientes de conceptos de seguridad del paciente, trabajando para prevenir errores y hablando abiertamente cuando las cosas fallan.
- Un menor número de personal sufriendo angustia, sentimiento de culpa, preocupación, vergüenza, pérdida de confianza y de moral, debido al menor número de incidentes.
- Una reducción de costes, provocada por tratamiento y terapia extra.<sup>20,21,22</sup>
- Mejora en la gestión de recursos con una evaluación eficaz del riesgo y cambio de prácticas como consecuencia de incidentes, por ejemplo, una reducción en el número de distintos tipos de equipamiento. Esta tipificación en el servicio de salud reducirá finalmente los costes de formación para todos.
- Una reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de seguridad del paciente, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.

### **El enfoque equilibrado para la seguridad**

Tener una cultura de seguridad fomenta un entorno de trabajo donde se toman en consideración y se reconocen muchos factores que contribuyen a un incidente, o a los sucesos que lo precedieron. Un trabajo de investigación sobre seguridad del paciente ha destacado que la mayor parte del personal intenta crear un entorno de seguridad y prevención de cosas que fallan. A pesar de algunos casos destacados, tal como la investigación realizada en cirugía cardíaca infantil en el Bristol Royal Infirmary, la abrumadora mayoría de incidentes no son causados por intenciones maliciosas o incluso falta de competencia por parte de los profesionales que prestan la asistencia <sup>1,3</sup> – las mejores personas pueden cometer los peores errores. <sup>2</sup>

Los incidentes de seguridad del paciente deberían ser examinados para considerar sucesos más allá de las acciones individuales del personal sanitario directamente involucrado. Aunque un error humano puede preceder inmediatamente a un incidente, en un complejo sistema técnico y social como el de asistencia sanitaria, normalmente existen factores sistémicos muy arraigados en el trabajo. <sup>5</sup> Pasar del enfoque de culpar tan solo a las personas, y

observar qué es lo que falló en el sistema en el que las personas estaban trabajando, es llamado enfoque de sistemas.<sup>1</sup>

Identificar los factores del sistema que afectan a la seguridad del paciente ayudará a las organizaciones a aprender sobre la fiabilidad de los procedimientos dentro de sus organizaciones. El objetivo es mejorar esta fiabilidad a través de:

- **prevención:** diseñar el sistema para prevenir el fallo;
- **identificación:** hacer evidentes los fallos antes de que sucedan emprendiendo evaluaciones proactivas del riesgo.
- **mitigación:** diseñar procedimientos y desarrollar capacidades para mitigar el daño causado por los fallos cuando no son detectados o evitados.

Sin embargo, el enfoque de sistemas no significa que las acciones individuales sean relegadas o no consideradas cuando se estudia un incidente.<sup>24</sup> Existe un sutil equilibrio entre acciones individuales y fallos del sistema que provocan un incidente, tanto cuando sucede como cuando tiene el potencial de suceder. Este equilibrio es diferente en cada caso; en algunos incidentes las acciones individuales o un error humano contribuyen más que los factores de sistemas; mientras que en otros incidentes esto podría ser lo contrario.

Por tanto una gestión eficaz del error requiere una comprensión de la diversidad del error humano y de las condiciones que normalmente lo promueven. Si se identifican factores de error humano (como dispensar la dosis incorrecta de un medicamento prescrito), las organizaciones y equipos de atención primaria pueden comenzar a encontrar soluciones que los pronostiquen y prevengan, y realizar cambios que potencien la actuación en lugar de arreglar los fallos de las personas.

Un factor importante en cualquier enfoque para la seguridad es la concienciación del personal, equipos y organizaciones de sus propios niveles de seguridad. En relación a las organizaciones, esto se identifica con frecuencia durante el proceso anual de evaluación de riesgo, y el riesgo registrado es la prueba de cuan segura es una organización y de las medidas que está adoptando esa organización para reducir sus niveles de riesgo. Esto se describe con más detalle en el **Paso 3**.

Sin embargo, el personal que proporciona asistencia puede sentir que tiene poca oportunidad para influir en los niveles organizativos del riesgo o para cambiar el sistema en el que trabajan. Una herramienta sencilla para el personal y equipos para comprender sus propios niveles de seguridad ha sido ideada por el profesor James Reason.<sup>25</sup> Este modelo se llama modelo de tres

contenedores (*three buckets model*). Esta herramienta de autoevaluación pide a cada individuo (también se puede aplicar a equipos) que se puntúe en relación a tres factores: él mismo, contexto y tarea. La persona se puntúa a sí misma con un uno para riesgo bajo, dos para riesgo moderado o tres para riesgo alto. Los tres factores se toman en consideración de las siguientes formas:

- **uno mismo:** cómo se sienten ese día; si están preocupados; si no tienen experiencia o les faltan conocimientos; si existen factores físicos tales como fatiga; si existen factores emocionales o sucesos personales que le afecten ese día.
- **contexto:** cuál es el entorno, tanto físico como cultural, en el que trabajan, cuáles son las distracciones esperadas, combinación de técnicas, factores de equipo, número de interrupciones, número de cambios o prestaciones, niveles de autoridad, jerarquía e interacción de equipo.
- **tarea:** los procedimientos y actividades que se emprenderán durante el día; cuál es su nivel de experiencia, recursos, equipo, conocimientos y satisfacción; si hay cuestiones específicas en relación a algunos pacientes, como complejidad, vulnerabilidad, o incluso estados infecciosos.

Se suman las puntuaciones de los tres factores. Una puntuación de tres no significa necesariamente que la persona o el equipo tenga mayor seguridad, y una puntuación de nueve no significa necesariamente que se encuentre en alto riesgo. La autoevaluación simplemente ayuda a los profesionales a ser más conscientes de la seguridad potencial que tienen ese día y poder así adaptar sus acciones en consecuencia. Esto se puede describir como conciencia del error o autovigilancia.

### **¿Por qué el enfoque equilibrado es importante para la seguridad?**

Un aspecto difícil pero esencial de una cultura de seguridad es la necesidad de aceptar que las personas, procedimientos y equipo fallarán. Aceptando esto, las organizaciones se pueden enfocar en el cambio y pueden desarrollar planes de defensa y contingencia para hacer frente a estos fallos. Descubrir los fallos de sistemas en un incidente, además de las acciones individuales, ayudará a las organizaciones a aprender lecciones y a impedir potencialmente que vuelva a ocurrir el mismo incidente.<sup>26</sup>

## Ser abierto y justo

Una parte fundamental de cualquier organización con una cultura de seguridad es asegurar que es abierta y justa. Para las organizaciones de atención primaria, personal, equipos y prácticas esto significa que las personas son:

- abiertas en relación a los incidentes en los que han estado involucrados;
- capaces de hablar con sus colegas y superiores sobre cualquier incidente;
- responsables de sus actos;
- abiertas con los pacientes y/o sus cuidadores cuando se ha cometido un fallo, y capaces de explicar qué lecciones serán aprendidas;
- tratadas justamente y apoyadas cuando sucede un incidente.

La publicación del Ministerio de Sanidad. *An organisation with a memory*<sup>5</sup> (Una organización con memoria), destacó cómo el NHS (SNS del Reino Unido) ha operado en el pasado dentro de una cultura de culpabilidad en lugar de promover la transparencia. Cuando las cosas fallaban la respuesta más frecuente era buscar uno o dos trabajadores responsables para culpabilizarles, los cuales podían entonces enfrentarse a medidas disciplinarias o censura profesional<sup>27</sup> y subsiguiente atención en los medios de difusión. Además, la *National Audit Office* (Oficina Nacional de Inspección) informa sobre suspensiones del personal clínico siguiendo incidentes de seguridad del paciente, destacando que algunas veces el personal fue suspendido a pesar de la evidencia de fallos de sistema contrapuestos a deficiencias individuales.<sup>28</sup>

Para crear un entorno abierto y justo necesitamos disipar dos mitos clave:<sup>29</sup>

- **perfección:** si las personas se esfuerzan lo suficiente, no cometerán errores;
- **castigo:** si castigamos a las personas cuando cometen errores, cometerán menos; esa acción compensatoria y disciplinaria conducirá a la mejora canalizando o aumentando la motivación.

Ser abierto y justo no significa una ausencia de responsabilidad. En el servicio público es fundamental que nuestros actos sean explicados y que se acepte la responsabilidad. Con el aumento de concienciación social sobre cuestiones de seguridad del paciente, hay un creciente interés público en la actuación del servicio sanitario y por tanto un aumento de expectativas en torno a la responsabilidad. Las distintas formas de responsabilidad influyen en

las decisiones que adopta el personal sanitario diariamente, incluyendo cuando sucede un incidente de seguridad del paciente. Responsabilidad para seguridad del paciente significa ser abierto con los pacientes, explicando las decisiones adoptadas y garantizando que las lecciones serán aprendidas. Las organizaciones de atención primaria, prácticas y equipos necesitan demostrar el correcto equilibrio entre responsabilidad y transparencia.

### **¿Por qué es importante ser abierto y justo?**

Una de las barreras fundamentales para la notificación de incidentes es el miedo a la culpa y castigo; es poco probable que el personal notifique incidentes si cree que ellos o sus colegas van a sufrir riesgo de ser castigados o reprendidos. Un entorno abierto y justo ayudará a garantizar la notificación de incidentes, cuyas lecciones pueden ser aprendidas y mejorada la seguridad del paciente.

El liderazgo de cualquier organización y equipo de atención primaria es primordial para establecer valores y creencias de una cultura del grupo. Los líderes juegan un papel de vital importancia en crear una cultura de seguridad que sea abierta y justa. Tienen que establecer un entorno donde todas las organizaciones, prácticas y equipos aprendan de los incidentes de seguridad, y donde se fomente entre el personal la evaluación proactiva de riesgos<sup>e</sup> y la notificación de incidentes. Para demostrar que una organización o práctica es seriamente abierta y justa, la política disciplinaria local debería describir claramente cómo será tratado el personal cuando esté involucrado en incidentes, quejas y demandas.<sup>6,30</sup> Los incidentes deben ser estudiados e investigados imparcialmente y libres de cualquier prejuicio en cuanto al resultado del incidente o a posteriori. En Inglaterra y Gales hay un grupo de organizaciones que pueden ser consultadas por todas las organizaciones de atención primaria en relación a sus procedimientos disciplinarios. Estas incluyen: comités médicos locales, organismos reglamentarios representando a todas las Prácticas Médicas Generales del *NHS* en un área particular, comisiones farmacéuticas locales, comités odontológicos locales, las Asociaciones Médica y Odontológica Británica, y colegios profesionales.

---

<sup>e</sup> **Riesgo:** es la posibilidad de que suceda algo que tendrá un impacto en personas y/o organizaciones. Se mide en términos de probabilidad y consecuencias.



También es fundamental informar sobre la actuación realizada después de la notificación de incidentes. Se debe comunicar al informador los cambios que se han realizado como resultado de la notificación de un incidente. El personal prefiere fomentar una actitud abierta si sienten que han sido escuchados y que al comunicar un incidente han producido una diferencia positiva en la seguridad del paciente.

Por último, ser abierto y justo es también la base de la relación entre los pacientes y sus clínicos. Los pacientes tendrían que estar más implicados y también animados a tener una mayor responsabilidad para la seguridad de su atención. Esto se describe con más detalle en el **Paso 5**.

### **¿Qué pueden hacer los prestadores de atención sanitaria?**

No es fácil cambiar valores, creencias y actitudes.<sup>31</sup> Desarrollar una cultura de seguridad en una organización necesita un fuerte liderazgo y una planificación y supervisión cuidadosa. También requiere cambios a todos los niveles. Es fundamental que, no sólo el personal clínico, sino también todos aquellos que trabajan en la atención sanitaria, así como pacientes y cuidadores, se pregunten a sí mismos como pueden ayudar a mejorar la seguridad de los pacientes.

Para ayudar a las organizaciones del *NHS* a adoptar el enfoque de sistemas equilibrados después de un incidente de seguridad del paciente, la *NPSA* está desarrollando un esquema de evaluación de cultura de seguridad, y ha creado el *Incident Decision Tree (IDT)* (Árbol de Decisión ante Incidentes). El *IDT* puede ayudar a las organizaciones a evaluar incidentes, y las actuaciones de los profesionales involucrados, para ayudarles a comprender sus actos, por ejemplo, las circunstancias y fallos de sistemas que condujeron a que sucediera el incidente y cómo esas circunstancias y fallos afectaron la actuación del personal en particular. La acción disciplinaria tiende a relacionarse con el resultado del incidente. Si el resultado es serio para el paciente, las personas implicadas tienen más posibilidades de ser sancionadas que cuando no se produce ningún daño al paciente.<sup>32</sup> El *IDT* es descrito con más detalle en la sección “¿Cómo puede ayudar la *NPSA*?” posteriormente en este Paso.

### **Revisión de cultura de seguridad**

La primera fase para desarrollar una cultura de seguridad es determinar donde se está actualmente. Una serie de herramientas ya están disponibles para ayudarles a ello. La mayor parte están en forma de listas de control o cuestionarios a cumplimentar por el personal (se pueden encontrar buenos ejemplos en **[www.ihl.org](http://www.ihl.org)**).

Tratan una variedad de cuestiones, incluyendo:

- visión y compromiso de los altos directivos con la seguridad;
- comunicación entre personal y directores;
- actitudes ante la notificación de incidentes, culpa y castigo;
- factores en el entorno de trabajo que influyen en la actuación (por ejemplo: fatiga, distracciones, diseño o utilidad del equipo).

Las revisiones de referencia sobre cultura de seguridad son adecuadas para cualquier escenario de atención primaria, por lo que son igualmente aplicables tanto para los *trust*\* de atención primaria y consejo sanitario local, como para una práctica médica u odontológica general, etc. Cuando elija una herramienta para revisar su cultura de seguridad es importante tener en cuenta que ello proporcionará una instantánea de la cultura en un momento determinado en el tiempo, por lo que necesita repetir la revisión regularmente para comprobar su progreso.

### ¿Cómo puede ayudar la NPSA?

A lo largo del 2006 la *NPSA* propuso establecer medidas para ayudar al *NHS* a evaluar su progreso en desarrollar una cultura de seguridad que sea abierta y justa. Las siguientes herramientas y recursos están ya disponibles o en desarrollo. La *NPSA* ha revisado los estudios de cultura de seguridad actualmente disponibles y desarrollará una herramienta de revisión hecha a medida para su utilización dentro del *NHS*.<sup>4</sup> Esto posibilitará a las organizaciones de atención primaria emprender una revisión de referencia de su cultura de seguridad; en base a la cual podrán evaluar el progreso a lo largo del tiempo.

### Marco de Trabajo de Seguridad del Paciente de Manchester

Como resultado de la colaboración entre el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo de Atención Primaria, y el Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, y basado en la teoría de seguridad organizativa de Westrum<sup>33</sup>, el Marco de Seguridad del Paciente de Manchester (*MaPSaF*)<sup>34</sup> está dirigido a ayudar al personal de atención primaria a evaluar la cultura de seguridad en su organización. Esta herramienta ya está disponible para la atención primaria.

El *MaPSaF* clasifica organizaciones de atención primaria en función de nueve dimensiones de gestión del riesgo:

- compromiso general con la calidad;
- prioridad dada a la seguridad del paciente;

- percepciones de las causas de incidentes de seguridad del paciente y su identificación;
- investigación de incidentes de seguridad del paciente;
- aprendizaje organizativo posterior a un incidente de seguridad del paciente;
- comunicación sobre cuestiones de seguridad;
- cuestiones de gestión de personal y seguridad;
- educación y formación del personal en gestión del riesgo;
- equipo de trabajo en gestión del riesgo.

El marco de trabajo es presentado en forma de matriz (con un tipo organizativo en el eje x, y el criterio de gestión del riesgo en el eje y). Pueden encontrar más detalles en las matrices del **Paso 3**. En cada una de las casillas de la matriz hay una descripción del comportamiento organizativo. El marco de trabajo enseña a las organizaciones a establecer conjuntamente un grupo de discusión compuesto por directores y/o equipos de atención sanitaria y se les pide reconocer qué descripción se ajusta mejor a su organización o departamento. Allí donde existen percepciones distintas entre miembros del grupo, debería discutirse porqué el personal tiene distintos puntos de vista, y debería llegarse a un consenso. Después de que los participantes del grupo de discusión se hayan pronunciado sobre las nueve dimensiones, deben desarrollarse actuaciones dirigidas a ayudar a una organización a madurar su cultura de seguridad del paciente.

El marco de trabajo está diseñado para identificar cualquier diferencia en la percepción sobre cultura de seguridad del paciente entre miembros del personal, y para fomentar la discusión sobre los puntos fuertes y débiles de la cultura de seguridad en la organización. Además, la herramienta puede utilizarse para evaluar el grado de cambio cultural después de la implantación de iniciativas de la *NPSA* a nivel local y nacional, tales como el Árbol de Decisión ante Incidentes (*Incident Decision Tree - IDT*), y el análisis de causa raíz (*ACR*) (descritos más adelante en este Paso y en el **Paso 6** respectivamente)

### **Marco de Trabajo de Seguridad del Paciente de Manchester para Farmacia (*MaPSaF*)**

Como parte de un proyecto de colaboración entre el Colegio de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas, y el Departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, se ha desarrollado una versión de la *MaPSaF* para ayudar al personal que trabaja en farmacias a evaluar la cultura de seguridad preponderante en sus organizaciones.<sup>35</sup>

Se pueden pedir copias de la versión para farmacia del *MaPSaF* contactando con la Sra. Irene Sung, Administrador de Asuntos Profesionales y Externos de la Academia de Estudio y Desarrollo del Personal Farmacéutico, Colegio de Farmacia y Ciencias Farmacéuticas de la Universidad de Manchester (irene.sung@manchester.ac.uk Tlfn.: 0161 275 2324).

El marco de trabajo consiste en una matriz en la que se han clasificado cinco niveles de cultura de seguridad organizativa (patológica, reactiva, de cálculo, proactiva y generativa) en función de informes cualitativos caracterizando las ocho dimensiones de seguridad del paciente siguientes:

- compromiso con la seguridad del paciente;
- percepciones de las causas de los incidentes y su notificación
- investigación de incidentes;
- aprendizaje posterior a un incidente;
- comunicación;
- gestión de personal y cuestiones de seguridad;
- educación y formación del personal en gestión del riesgo;
- trabajo de equipo.

Desarrollar cambios en actitudes y comportamientos puede llevar tiempo y requieren comprensión y buena disposición para ser adaptados. Por tanto, las organizaciones y farmacias de atención primaria tienen que aumentar el nivel de comprensión sobre seguridad del paciente y los sistemas enfocados en errores e incidentes. Los beneficios de comunicar y hablar sobre cosas que han fallado deben realizarse explícitamente, en especial cuando notificar no es actualmente obligatorio (en particular para contratistas independientes).

### **Medida de Evaluación de la Situación del Equipo**

La *NPSA* está colaborando en la actualidad con la Universidad Aston para desarrollar y pilotar una Medida de Evaluación de la situación del Equipo (*TCAM*). Una *TCAM* es un cuestionario, cumplimentado por miembros del equipo, que evalúa las dimensiones del ambiente de su equipo asociadas con el funcionamiento efectivo del equipo en general, y con el área específica de seguridad del paciente. Las dimensiones del ambiente incluidas en el *TCAM* son las más frecuentemente asociadas con el funcionamiento eficaz del equipo y la gestión de incidentes de seguridad del paciente. Estas son:

- consideración de tareas;<sup>f,36</sup>
- participación, confianza y seguridad;
- comportamiento de aprendizaje del equipo
- desarrollo individual;
- credibilidad;
- aprendizaje interprofesional;
- contacto con miembros del equipo;
- confianza mutua;
- eficacia del equipo;
- estabilidad y perdurabilidad del equipo;
- liderazgo compartido y claridad de mando.

El cuestionario *TCAM* es cumplimentado por los miembros del equipo antes de utilizar la guía de formación *TCAM*. Dicha guía consta de una recopilación de herramientas que ayudan a los equipos a desarrollar y mejorar su clima de equipo (según lo evaluado por su *TCAM*). Incluye documentación, ejercicios y materiales que ayudan al desarrollo de aptitudes de trabajo en el equipo, prácticas y procedimientos que tienen efectos positivos en la actuación del equipo en general, y particularmente en la mejora de seguridad del paciente a través de la gestión de los incidentes de seguridad del paciente y la notificación de errores. La *TCAM* se está poniendo actualmente a prueba en los *trusts*\* de atención primaria y hospitalaria, y será difundido por la *NPSA* a finales del 2006.

### **Creando el círculo íntegro: seguridad del paciente, responsabilidad y una cultura abierta y justa.<sup>32</sup>**

En febrero de 2003, la Confederación de la *NPSA* y el *NHS* difundió un informe explorando la forma de apoyar una cultura en la cual el *NHS* promoverá la notificación abierta de incidentes con determinación de la responsabilidad en todo el sistema. Dicho informe está disponible en la página Web [www.nhsconfed.org/publications](http://www.nhsconfed.org/publications). El informe va acompañado de un CD-ROM y el paquete está diseñado para ejecutivos y no ejecutivos del *NHS*, gobierno clínico, gestión de riesgo<sup>g</sup>, responsables de sanidad y seguridad, responsables de recursos humanos, directores clínicos y grupos de representantes de pacientes.

<sup>f</sup> **Consideración de tareas:** el grado por el cual los miembros de un equipo revisan sus objetivos, sus formas de alcanzarlos, y sus métodos de trabajo.

<sup>g</sup> **Gestión de riesgo:** identificar, evaluar, analizar, comprender y actuar sobre cuestiones de riesgo para alcanzar un equilibrio óptimo del riesgo, beneficio y coste.

## **Árbol de Decisión ante Incidentes**

En noviembre de 2003, la *National Audit Office (NAO)* (Oficina Nacional de Auditoría) publicó un informe sobre la gestión de suspensiones de personal clínico, encontrándose que entre abril de 2001 y julio de 2002 más de 1.000 miembros del personal clínico a jornada completa fueron suspendidos con un coste estimado para el *NHS* de 29 millones de libras esterlinas. La *NAO* identificó ocasiones en las cuales los clínicos fueron excluidos a pesar de evidencias de fallos sistemáticos en lugar de deficiencias individuales, y destacó la necesidad de mejorar la gestión de suspensiones.

Para ayudar a los gestores de atención sanitaria a establecer una línea de actuación justa y coherente con el personal involucrado en un incidente de seguridad del paciente, la *NPSA* ha desarrollado el Árbol de Decisión ante Incidentes (*IDT*).

El *IDT* apoya el objetivo de crear una cultura abierta y justa, donde los empleados estén dispuestos a notificar incidentes de seguridad del paciente sin un excesivo temor a las consecuencias. El *IDT* es una herramienta electrónica e interactiva diseñada para gestores de atención sanitaria que tratan con personal involucrado en un incidente. Basada en un modelo desarrollado por un académico líder mundial en el campo de interpretación del error, el Profesor James Reason, induce a los usuarios con una serie de cuestiones para ayudarles a adoptar un enfoque sistemático, transparente y justo en la toma de decisiones. El *IDT* ayuda a los gestores a decidir si es necesario suspender de servicio al personal tras un incidente de seguridad del paciente y a explorar alternativas, tal como el traslado temporal o modificación de funciones. Contiene un organigrama con guías de acompañamiento. No proporciona respuestas o decisiones firmes, pero marca una gama de posibles soluciones y/o factores adicionales a explorar.

Mientras el *IDT* sea más comúnmente utilizado en el *NHS*, ello:

- fomentará la notificación abierta de incidentes de seguridad del paciente;
- fomentará un enfoque justo y consistente por todas las organizaciones y diferentes grupos profesionales de atención sanitaria;
- actuará como una rápida herramienta de apoyo en la toma de decisiones para directores ejecutivos, recursos humanos, gestores de atención sanitaria y comités médicos locales.
- inducirá a los responsables en la toma de decisiones a reflexionar sobre cuestiones sistemáticas y organizativas en seguridad del paciente;

- fomentará una respuesta justa a los incidentes antes de su completa investigación e indicará cuando es necesario un informe inmediato.
- será adaptable a las circunstancias locales.

El *IDT* ya está disponible para las organizaciones de atención secundaria y actualmente está siendo adaptado al sector de atención primaria. Estará disponible a finales del 2006, con notas orientativas detalladas y ejemplos de escenarios para que el personal pueda trabajar con ellos.

Visite [www.npsa.nhs.uk/npsa/newsletter](http://www.npsa.nhs.uk/npsa/newsletter) para suscribirse a nuestro boletín informativo de actualizaciones sobre todo el trabajo anterior.

### Buena práctica en desarrollar una cultura de seguridad

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@npsa.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@npsa.nhs.uk)





## Referencias

- 1 Vincent C (ed) (2001). *Clinical Risk Management. Enhancing patient safety*. Second Edition. London: British Medical Journal Publishing
- 2 Reason J (ed) (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press
- 3 Reason J, Hobbs A (eds) (2003). *Managing Maintenance Error. A Practical Guide*. Hampshire, England: Ashgate Publishing Company
- 4 Audit Commission (2004). *A Focus on General Practice in England* (accessed at: [www.auditcommission.gov.uk](http://www.auditcommission.gov.uk) 2004)
- 5 Department of Health (2004). *The NHS Improvement Plan; Putting People at the Heart of Public Services*. (accessed at: [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)) 6 Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *British Medical Journal* 2002;324(7337):584–7
- 7 Wilson T, Pringle M, Sheikh A. Promoting patient safety in primary care: research, action and leadership are required. *British Medical Journal* 2001;323:583–4
- 8 Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovery SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine* 2001;344(26):2021–5
- 9 Sanders J, Esmail A (2001). *Threats to Patient Safety in Primary Care. A review of the research into the frequency and nature of error in primary care*. University of Manchester
- 10 Fenn P, Gray A, Rivero-Arias O, Trevethick G, Trevethick K, Davy C, Walshe K, Esmail A, Vincent C. (2004) *The epidemiology of error: an analysis of databases of clinical negligence litigation*. Victoria University of Manchester. (accessed at: [www.mbs.ac.uk](http://www.mbs.ac.uk))
- 11 Rubin G, George A, Chinn DJ, Richardson C. Errors in general practice: development of an error classification and pilot study of a method for detecting errors. *Quality and Safety in Health Care* 2003;12:443–7
- 12 Makeham ABM, Dovey SM, County M, Kidd MR. An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study. *Medical Journal of Australia* 2002;177(2):68–72
- 13 Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, Kappus J, Grob P. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11(3):233–8
- 14 Ly J, Dawson J, Young P et al. Malpractice claims against family physicians. Are the best doctors sued more? *Journal of Family Practitioner* 1999;48:23–9
- 15 Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine* 2004;2:125–9
- 16 Carthey J (2003). *Review of safety culture assessment tools: Where next for the NPSA?* Unpublished
- 17 Department of Health (2000). *An Organisation with a Memory*. London: The Stationery Office. (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))
- 18 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001;322:517–9
- 19 Department of Health (1998). *A First Class Service: Quality in the new NHS*. London: The Stationery Office. (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))
- 20 Runciman WB, Edmonds MJ, Pradhan M. Setting priorities for patient safety. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11(3):224–9
- 21 Thomas, EJ, Studdert DM, Newhouse JP, Zbar BI, Howard KM, Williams EJ, Brennan TA. *Costs of medical injuries in Utah and Colorado*. University of Texas–Houston Medical School 77030, USA. Inquiry Fall 1999;36(3):255–64
- 22 Bates, DW, N Spell, DJ Cullen, E Burdick, N Laird, LA Petersen, SD Small, BJ Sweitzer, LL Leape (1997). The costs of adverse drug events in hospitalised patients. *JAMA* 1997;227(4):307–11
- 23 Haraden C (2004). *Reliability as a Healthcare Delivery Strategy* (accessed at [www.ihl.org](http://www.ihl.org))

- 24 Walton M. Creating a 'no blame' culture: have we got the balance right? *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:163–4
- 25 Reason J (2004). *Learning from industry: a systems approach*. Presentation at the National Patient Safety Agency Conference; Patient Safety 2004
- 26 Toft B (2001). *External Inquiry into the adverse incident that occurred at Queen's Medical Centre, Nottingham, 4th January 2001*. Copies can be obtained from the Department of Health, PO Box 777 (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))
- 27 Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000;320(7237):768–70
- 28 National Audit Office (2003). *The Management of Suspensions of Clinical Staff in NHS Hospital and Ambulance Trusts in England. Report by the Controller and Auditor General*. HC 1143 Session 2002–2003. London: The Stationery Office (accessed at: [www.nao.org.uk](http://www.nao.org.uk))
- 29 Leape LL. Striving for perfection. *Clinical Chemistry* 2002;48(11):1871–2. PMID: 12406970 30  
Department of Health (2003). *Making Amends*. London: The Stationery Office (accessed at: [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))
- 31 Hofstede G (1994). *Cultures and Organisations: Intercultural Cooperation and its Importance for Survival*. London: Harper Collins
- 32 NHS confederation (2003). *Creating the virtuous circle: patient safety, accountability and an open and fair culture*. Copies can be obtained from NHS confederation publication sales: [publications@nhsconfed.org](mailto:publications@nhsconfed.org) (accessed at: [www.nhsconfed.org](http://www.nhsconfed.org) November 2003)
- 33 Westrum, R (1993). 'Cultures with requisite imagination'. In J Wise, P Stager and J Hopkin (eds). *Verification and validation in complex man-machine systems*. New York: Springer 34 Parker D, Kirk S, Claridge T, Esmail A, Marshall M (2002). *The Manchester Patient Safety Assessment Tool*. Unpublished
- 35 Ashcroft D, Morecroft C, Parker D, Noyce P, Cantrill J. *Delivering Patient Safety in Community Pharmacy: Preventing Medication Errors*. Report to the Community Pharmacy Research Consortium. University of Manchester: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, 2004 36 West MA (1994). *Effective Team Work*. Leicester: BPS Blackwell
- 36 West MA (1994). *Effective Team Work*. Leicester: BPS Blackwell

## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas han fallado. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.npsa.nhs.uk/sevensteps](http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

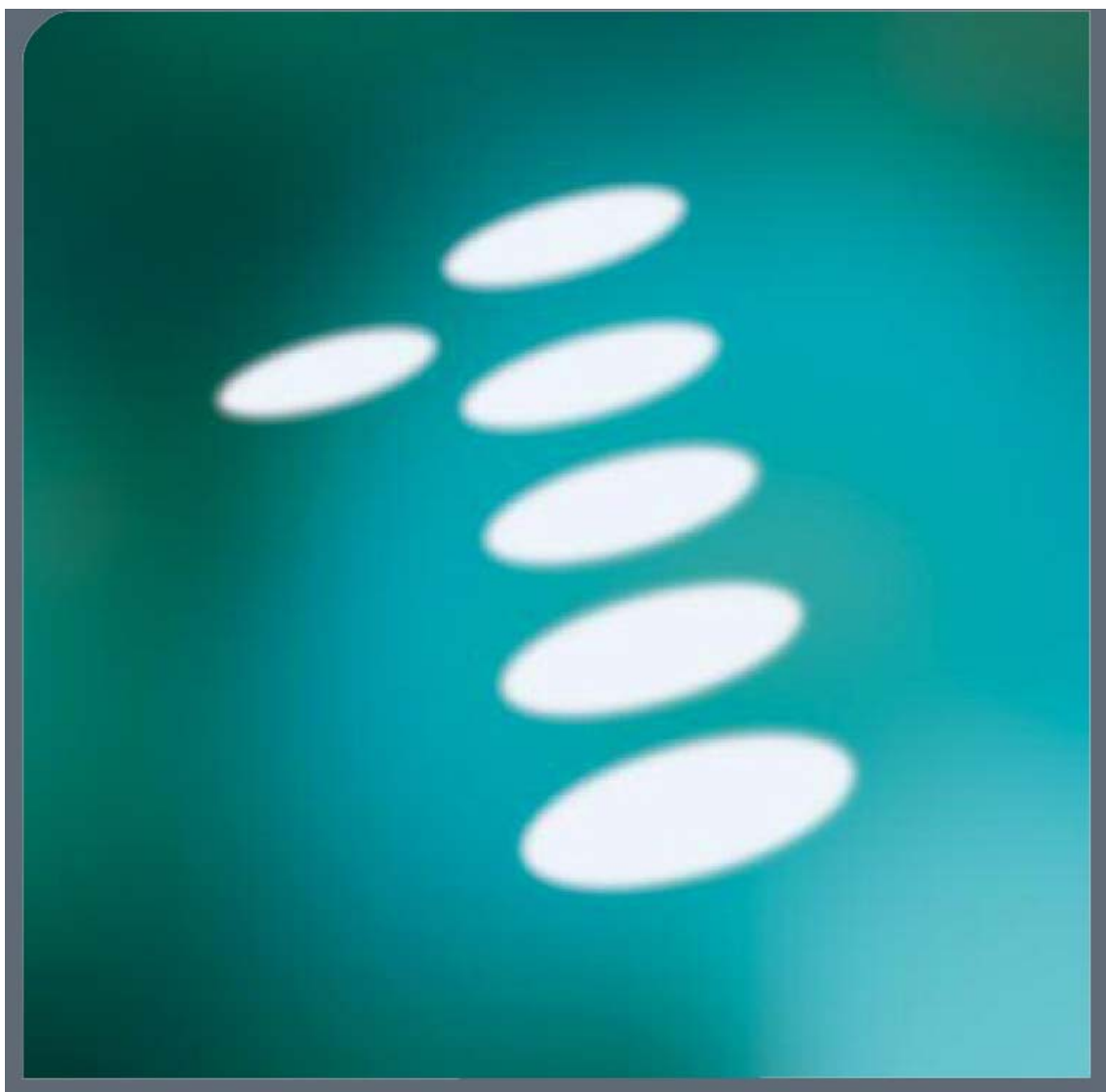
[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)



# Paso 2

Siete Pasos para la seguridad del paciente en  
la atención primaria

Liderar y apoyar a su personal





## Paso 2

Liderar y apoyar a su personal





<b>Contenido</b>	página
<b>Liderar y apoyar a su personal</b>	<b>4</b>
Principios clave	5
<b>¿Por qué es importante un buen liderazgo y apoyo?</b>	<b>5</b>
<b>¿Qué pueden hacer los líderes de atención primaria?</b>	<b>6</b>
<b>Lista de control de liderazgo para directores ejecutivos del NHS</b>	<b>6</b>
<b>Objetivos clave</b>	<b>9</b>
Defensores de seguridad del paciente	10
Reuniones informativas y partes informativas de seguridad del paciente	11
Visitas directivas sobre seguridad del paciente	12
¿Por qué realizar sesiones informativas y visitas directivas sobre seguridad?	13
Lista de control de equipo	14
<b>Buena práctica en construir una cultura de seguridad</b>	<b>15</b>
<b>Referencias</b>	<b>15</b>



## Paso 2

### Liderar y apoyar a su personal

La seguridad del paciente<sup>a</sup> en asistencia sanitaria afecta a todos. En el **Paso 1** expusimos que la evidencia indica que se puede mejorar el nivel de seguridad del paciente de una organización si existe una cultura que sea abierta y justa. Una parte fundamental de ello es un fuerte liderazgo por parte de la dirección de una organización, con claridad de visión y políticas claras respecto a la seguridad, equilibrado mediante una implantación comprobable de mejores prácticas a nivel del servicio.<sup>1,2,3,4</sup>

Sin embargo, esto no está siempre tan definido en atención primaria. El liderazgo puede proporcionarse a distintos niveles para diferentes grupos de personal. Por ejemplo, un médico de práctica general puede tener un compañero de mayor antigüedad, pero el personal puede considerarlo como líder de su grupo. Del mismo modo, el equipo de atención comunitaria puede estar liderado por un *PCT\*\**, o el equipo de salud mental por el *trust\** de salud mental. Por tanto, es incluso más importante desarrollar asociaciones de equipo de trabajo con un liderazgo fuerte y buenos canales de comunicación.

En este Paso explicamos como un buen liderazgo puede ayudar a establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en cualquier organización de atención primaria. Proporcionamos indicaciones sobre el tipo de actuación necesaria para llevar adelante la agenda de seguridad, y describimos el apoyo y herramientas disponibles de la *NPSA* para ayudar en este proceso.

Para terminología y definiciones clave de lo que entendemos por equipos, personal y líderes, nos remitimos a la introducción de todos los Pasos. Todas estas personas tienen un papel vital en la creación de una cultura de seguridad que sea abierta y justa.

---

<sup>a</sup> **Seguridad del paciente:** la identificación, evaluación, análisis y gestión de riesgos e incidentes relativos a los pacientes, en orden a realizar una atención segura y minimizar daños a pacientes.

\* **Nota del traductor:** En Inglaterra los *Trusts* de Atención Primaria son organizaciones locales (con una población de entre 80.000 y 300.000 personas), responsables de gestionar los servicios sanitarios generales (comunitarios), salvo para servicios altamente especializados. Son también responsables de la integración de la asistencia sanitaria y social, garantizando que las organizaciones sanitarias locales trabajen conjuntamente con las autoridades locales. Los directores ejecutivos de las *PCT\*\** son responsables de garantizar la calidad clínica y el control financiero, dentro de los márgenes acordados a nivel nacional. Los *Trusts* del *NHS* (Sistema Nacional de Salud) gestionan los hospitales, responsabilizándose de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los *Trusts* emplean al personal del *NHS*, incluyendo tanto personal sanitario, como doctores y enfermeras, así como personal no sanitario. Tanto los *PCTs* como los Hospitales del *NHS Trusts* son supervisados por 28 Autoridades sanitarias estratégicas. Son responsables de desarrollar las relaciones de trabajo mediante acuerdos de servicio sectoriales.

## Principios clave

Cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio, incluyendo médicos de medicina general y de odontología general.

Para mostrar que la seguridad es una prioridad y que la dirección de la organización está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan; con independencia de su posición.

## ¿Por qué es importante un buen liderazgo y apoyo?

La *NPSA* reconoce que la seguridad del paciente puede ser percibida por algunos como una iniciativa más a añadir a su ya ocupada agenda de trabajo. La agenda en atención primaria es enorme; con planes de prestación locales, agenda de cambio, comisiones complejas, pago por resultados, evaluaciones por la Comisión de Atención Sanitaria e Inspección Sanitaria de Gales, etc. Pero no se trata de hacer más, sino de hacer las cosas de otro modo. Las organizaciones, prácticas y equipos de atención primaria pueden mejorar la seguridad del paciente cuando los líderes están claramente comprometidos con el cambio. Los líderes tienen que facilitar un cambio en la cultura escuchando y apoyando a su personal, incluyendo contratistas independientes, cuando notifican incidentes de seguridad del paciente<sup>b</sup>. Deben demostrar la importancia de la seguridad en la teoría y en la práctica.<sup>5</sup>

Una buena comunicación y capacidad de respuesta es también fundamental. Es importante que todo el personal sepa como se está proporcionando la asistencia sanitaria, entienda su contribución a la seguridad e identifique oportunidades de mejora. Un personal entusiasta, motivado y formado es de vital importancia para una mejora continua y es un componente clave para la prestación de una atención segura y de alta calidad.<sup>6</sup>

---

<sup>b</sup> **Incidente de seguridad de paciente:** cualquier incidente no intencionado o inesperado que pueda provocar o conducir al daño para uno o más pacientes que reciben asistencia sanitaria financiada por el *NHS*. Los términos “incidente de seguridad del paciente” e “incidente de seguridad del paciente (prevenido)” serán utilizados para describir “sucesos adversos” o “errores clínicos”, y “casi errores” respectivamente.

## ¿Qué pueden hacer los líderes de atención primaria?

Las organizaciones que tienen una gran reputación en seguridad a nivel internacional tienen una cosa en común: las mejoras han sido lideradas desde lo más alto. Para apoyar al personal a alcanzar el éxito en seguridad del paciente, aquellos con responsabilidad de liderazgo clínico y directivo en atención primaria tienen que trabajar por una serie de objetivos, tal como se explica en los respectivos Pasos.

En respuesta a la petición realizada por los directores ejecutivos, hemos creado una lista de control para ayudarles a evaluar la posición de su organización. Hemos comprobado esta lista con directores ejecutivos, y somos conscientes de que cada área necesitará determinar cómo encaja esto con sus propias prioridades y logros anteriores. Esperamos proporcionarles algunas actuaciones prácticas que pueden adoptar para abordar con éxito esta cuestión.

### Lista de control de liderazgo para directores ejecutivos del NHS

#### 1 Desarrollar una cultura de seguridad

Para ayudar a su organización a aprender sobre seguridad del paciente, debe crear una cultura donde el personal comparta información libremente, tal como esta demostrado para mejorar los niveles de seguridad.

Esto puede ser fomentado por:

- emprender una línea de evaluación cultural de su organización y evaluar si es abierta y justa;
- disponer de políticas y procedimientos que apoyen una cultura en la que:
  - el personal pueda hablar con colegas y directores sobre incidentes en los que hayan estado involucrados;
  - las revisiones de incidentes sean enfocadas en porqué ocurrió, no simplemente en quién estaba involucrado;
  - el personal sea tratado de modo justo y apoyado cuando sucede un incidente;
  - herramientas como el Árbol de Decisión ante Incidentes son utilizadas para determinar los motivos de las actuaciones individuales.<sup>1</sup>

## **2 Liderar y apoyar a su personal**

Una cultura de seguridad requiere un liderazgo fuerte y disposición para escuchar. Las tres siguientes actuaciones son conocidas por producir un mayor impacto:

- sesiones informativas sobre seguridad del paciente por usted mismo o visitas directivas regulares a toda la organización; reuniendo al personal y pacientes para tratar específicamente temas de seguridad.
- Mecanismos que incentiven al personal para sugerir ideas sobre cómo mejorar. Deberían fomentar discusiones sobre incidentes de seguridad del paciente que han sucedido, fueron evitados o casi sucedieron (casi errores).
- Desarrollar mecanismos de comunicación y reacción es vital para que el personal comprenda su contribución a la seguridad y sea animado a participar.

También puede ser de utilidad identificar tareas y responsabilidades adicionales:

- designar defensores de seguridad del paciente de cada parte de una organización y asegurar que sean partícipes en la agenda de gestión del riesgo y gobierno clínico.
- nombrar un comité directivo para supervisar la gestión del riesgo y seguridad;
- designar alguien con experiencia suficiente, que tenga acceso a usted, para ser responsable de la gestión del riesgo, e idealmente para ser parte de un equipo central que realice un enfoque integrado. (Ver sección 3);

## **3 Integrar su actividad de gestión del riesgo**

Es sabido que la seguridad mejora cuando los líderes de organizaciones se preguntan lo siguiente:

- ¿Está reflejada la seguridad del paciente en la estrategia, estructuras, funciones y sistemas organizativos? La seguridad del paciente debe estar integrada con el riesgo clínico, riesgo no clínico, sanidad y seguridad, controles internos, quejas y negligencia clínica.
- ¿Figuran en su estrategia y plan de gobierno clínico los objetivos de seguridad del paciente?
- ¿Están incluidas todas las evaluaciones de riesgo clínico de cada especialidad en el registro de riesgo organizativo? ¿Está actualizado, se han ejecutado actuaciones, se ha hecho su seguimiento y supervisión?

- ¿Están estructuradas las agendas del consejo para garantizar que la gestión del riesgo y seguridad del paciente está en condiciones de igualdad con los objetivos financieros y de actuación?

#### **4 Fomentar la notificación**

Informar sobre cosas que fallan es fundamental para construir un *NHS* más seguro para los pacientes. Las tres acciones principales son:

- Incentivar al personal para informar problemas de seguridad del paciente, en particular aquellos grupos que tienen bajos niveles de comunicación. Los niveles de alta comunicación se corresponden normalmente con una organización más segura.
- Enlazar su sistema de información local al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje.
- Con el objetivo de reducir la gravedad de los incidentes: su director de riesgo (o equivalente) debería revisar todos los informes de muerte inesperada o no intencionada antes de ser remitidos a la *NPSA*. Ustedes deberían recibir informes y planes de actuación de todos los fallecimientos directamente relacionados con un incidente de seguridad del paciente.

#### **5 Hacer partícipes a pacientes y público**

Las organizaciones abiertas son organizaciones más seguras. Los pacientes y sus cuidadores necesitan saber cuando se ha producido un daño y participar en las investigaciones del incidente. Esto puede conseguirse:

- elaborando una política acorde con nuestra guía *Ser abierto*.
- obteniendo apoyo a nivel del comité directivo para la política y proporcionando entonces formación al personal;
- haciendo partícipes a pacientes y, cuando sea apropiado, a sus familiares y cuidadores, en las investigaciones del análisis de la causa raíz (ACR) de incidentes que condujeron a un daño grave o fallecimiento;
- haciendo partícipes a pacientes, familiares y cuidadores en las recomendaciones efectuadas y las soluciones elaboradas después de un incidente de seguridad del paciente.

## **6 Aprender y compartir lecciones sobre seguridad**

La atención sanitaria solo será más segura si creamos una memoria de cuestiones que fallan tanto a nivel nacional como local. Esto puede lograrse por medio de:

- Utilizar técnicas ACR o auditorías<sup>1</sup> de sucesos significativos para investigar eficazmente incidentes.
- Asegurar que hasta ocho personas clave, incluyendo al director del riesgo o equivalente, hayan recibido formación de la *NPSA* en ACR. Ellos deberían convertirse en su equipo de investigación local y formar a otros.
- Participar usted o su líder directivo en al menos una revisión anual ACR.
- Analizar la frecuencia, tipo y niveles de incidentes de gravedad, y las lecciones aprendidas a lo largo del tiempo, para demostrar mejora continua. Comunicar regularmente este trabajo al comité directivo.

## **7 Implementar soluciones para prevenir el daño**

No se obtendrá un progreso real en la prestación de atención sanitaria más segura a menos que se realicen los cambios necesarios. Los primeros pasos deberían ser para:

- revisar la práctica en relación con las alertas, recomendaciones y soluciones de la *NPSA*, y con las conclusiones de investigaciones a nivel local, regional y nacional;<sup>1</sup>
- utilizar su comité de gobierno clínico para adoptar una línea de planes de actuación siguiendo investigaciones de incidentes locales o nacionales; asegurar que las recomendaciones son implantadas y valoradas; evaluar qué queda por realizar; y comunicar las actuaciones de su organización a los organismos nacionales;
- establecer una red que incluya a los defensores de seguridad del paciente de todas las organizaciones, para aprender de aquellos que han implementado soluciones satisfactoriamente.

### **Objetivos clave**

Tal como se ha tratado, una cultura de seguridad depende de una mayor conciencia sobre cuestiones de seguridad a todos los niveles. Por tanto, los líderes deben aumentar la conciencia y comprensión de la seguridad del paciente en todo el personal y promover un trabajo eficaz en equipo. El servicio de atención primaria depende del trabajo de equipos multidisciplinares dentro de los límites organizativos. Un equipo eficaz y seguro es aquel donde



las personas pueden compartir la misma serie de valores, pueden confiar y apoyarse en sus colegas, pueden cuestionarse entre ellos y expresar cualquier preocupación que puedan tener. Debe existir respeto mutuo a la contribución de todos sin importar su posición o nivel. Un principio guía es “si no está seguro de que es seguro, entonces no es seguro” y comunicárselo a sus colegas por cualquier medio que esté disponible.<sup>7</sup>

Personas y herramientas que pueden ayudar a ello son:

- defensores de la seguridad del paciente;
- sesiones informativas sobre seguridad del paciente;
- reuniones informativas y partes informativos de equipo

### **Defensores de seguridad del paciente**

Para garantizar que la seguridad no es trabajo de una sola persona y para involucrar a los clínicos en seguridad, las organizaciones de atención primaria, equipos y prácticas deberían pensar en nombrar a alguien de su equipo clínico como “defensor” de seguridad del paciente. Esto demuestra un compromiso sólido con la seguridad. Los defensores de seguridad del paciente tienen que:

- aumentar la conciencia de la seguridad del paciente y desarrollar una ética donde la seguridad sea considerada como una prioridad y no como una carga adicional.
- tener conocimientos sobre gestión del riesgo, cuestiones de seguridad del paciente, qué se entiende por una cultura de seguridad abierta y justa, factores humanos relacionados con la seguridad del paciente y sistemas enfocados al error (descrito en el **Paso1**);
- tener los recursos y autoridad para tomar decisiones a nivel local sobre seguridad del paciente dentro de su entorno de trabajo;
- conocer los riesgos dentro de su área, saber realizar valoraciones del riesgo y elaborar un registro del riesgo;
- apoyar y orientar a sus colegas, y crear una cultura donde las personas se sientan respetadas y estén dispuestas a ser abiertas y honestas sobre los incidentes en los que han estado involucrados;
- promover la política *Ser abierto* con pacientes y sus cuidadores (descrito en el **Paso 5**);
- proporcionar formación y apoyo al personal en seguridad del paciente, donde sea pertinente;
- establecer procedimientos para aprender lecciones e implementar cambios para mejorar la seguridad, utilizando auditorias de sucesos significativos o análisis de la causa raíz (ACR), e implementar

mecanismos adecuados de supervisión y revisión para evaluar las mejoras.

El apoyo debería ser facilitado por defensores locales de seguridad del paciente, los cuales, cuando sea posible, deberían conocer y compartir información y cuestiones sobre seguridad del paciente con equipos y prácticas.

### **Reuniones informativas y partes informativos de seguridad del paciente**

Al comienzo del día, de un turno, o de una consulta, el personal puede reunirse diez minutos para hablar sobre cuestiones concretas que se espera ocurran ese día; poniendo énfasis en la seguridad de la atención.<sup>8</sup> Estas reuniones pueden celebrarse tanto al comienzo como al final del día y son de apoyo y aprendizaje, no sobre gestión de la actuación. Deberían enfocarse en cuestiones de seguridad y gobierno clínico, por ejemplo, las complejidades esperadas en el día, en los tipos de sucesos significativos o incidentes de seguridad del paciente que han acontecido, así como en cualquier actuación llevada a cabo para reducir las posibilidades de que vuelvan a ocurrir de nuevo. El personal debería estar dispuesto a suscitar cuestiones de seguridad y compartir su preocupación. Una parte importante de la reunión informativa y el parte informativo es el seguimiento y reacciones de reuniones anteriores.

Las reuniones informativas de equipo son ideales para departamentos donde grupos concretos de personal forman un equipo durante el día, turno o sesión (por ejemplo: consultorio de salud infantil, consultorio de gripe, reuniones de personal, turnos extra, consultorios de planificación familiar).

Las reuniones informativas de equipo deben:

- tener una motivación clara, por ejemplo, seguridad del paciente;
- ser abiertas y justas – todo el personal es valorado y respetado, y todos tienen la oportunidad de hablar;
- ser breves – limitadas a un máximo de 10 a 15 minutos al comienzo del día, del almuerzo o de una sesión de auditoría clínica;
- tener la frecuencia suficiente para mantener una cultura de seguridad, por ejemplo, equipos que son pequeños o que no cambian a menudo puede que no se reúnan con la frecuencia que equipos más grandes o equipos en los que normalmente participen distintas personas.
- estar disponibles para ayudar – ello puede ser logrado facilitando formación de apoyo para comprender qué es una reunión informativa de equipo, y cuáles son los objetivos y criterios de éxito;

- estar equilibradas con los partes informativos del final del día.

Debido a que la formación funciona bien cuando se implican equipos multidisciplinares que trabajan juntos normalmente, las reuniones informativas de equipo proporcionan oportunidades para formación en seguridad del paciente y en la forma de comunicar incidentes. Esto puede ayudar a facilitar un cambio de comportamiento, promover la comunicación y levantar la moral.<sup>9,10,11</sup>

A largo plazo, las reuniones informativas de equipo mejorarán tanto la atención como la seguridad del paciente. Sus reuniones informativas de equipo podrían seguir el siguiente perfil:

- reunión al comienzo de la jornada, o durante el almuerzo, sesión de formación o auditoría clínica;
- identificación de cuestiones potenciales de seguridad del paciente, tal como casos complejos, cualquier incidente de seguridad del paciente que haya ocurrido, cómo y porqué ha sucedido, si se han identificado incidentes potenciales, y cómo estar prevenidos para evitar el daño;
- identificación de cualesquiera oportunidades de mejora;
- los informes sobre incidentes pueden completarse en esta fase, incluyendo cómo se investigarán los incidentes o cómo se realizarán los cambios asociados;
- seguimiento o reacciones a reuniones anteriores;
- mención en el parte informativo al final del día, o de la consulta, de las circunstancias de la reunión, por ejemplo, cuándo y dónde se ha celebrado..

### **Visitas directivas sobre seguridad del paciente**

Para mostrar que la seguridad del paciente es una prioridad, y que la administración de una organización o práctica está comprometida a mejorar, los directivos y líderes clínicos han de realizar un papel visible y activo en liderar mejoras de seguridad de paciente. Pueden demostrar su compromiso con la seguridad del paciente dirigiendo sesiones informativas de seguridad del paciente o visitas directivas.

Hasta ahora, no tenemos una tradición de visitas directivas sobre seguridad del paciente en atención primaria (aunque los *trusts*\* de atención primaria ya están dirigiendo visitas de gobierno clínico a prácticas, que puede considerarse como una extensión de esta actividad). No se trata de inspecciones o supervisiones, sino de prestar apoyo, orientación y dar respuestas en ambas direcciones. Pueden tener lugar en todos los niveles de atención primaria, incluyendo consultas individuales con un líder de práctica general o líderes de seguridad hablando con su personal de práctica,

identificando problemas y cuestiones, y trabajando por una cultura más abierta.

Teniendo en cuenta la experiencia del pasado reciente podemos realizar un diseño en relación con grupos de asesoría y auditoría médica (*MAAG*). Estos grupos fueron creados por autoridades del servicio de salud familiar (*FHSA*) a comienzos de los noventa y tuvieron éxito en aumentar la cantidad y modelos de auditoría clínica en la práctica general.<sup>12</sup> Los *MAAG* fueron dirigidos por profesionales y tuvieron una tarea difícil, al menos al comienzo, en demostrar a los clínicos que ellos estaban allí para ayudar a mejorar las prácticas de seguridad del paciente y no como parte de las estructuras de gestión de actuación. La mayor parte de los *MAAG* utilizaron a los clínicos más experimentados como “embajadores de auditoría”, de la misma forma que nosotros estamos sugiriendo la utilización de defensores de seguridad del paciente. Ellos visitaron prácticas y equipos previa cita; asesoraron en metodologías de auditoría; y facilitaron al mismo tiempo prácticas internas de auditoría (antes del comienzo de las organizaciones de atención primaria), cuando las prácticas tenían poca tradición de trabajar conjuntamente. Este modelo funcionó bien en el contexto de la atención primaria y las visitas directivas sobre seguridad del paciente pueden basarse en este éxito para llevar adelante la agenda de seguridad del paciente en atención primaria.

### **¿Por qué realizar sesiones informativas y visitas directivas sobre seguridad?**

Debemos reconocer que el compromiso de efectuar sesiones informativas y visitas directivas sobre la seguridad del paciente puede ser extremadamente difícil de conjugar con otras presiones. Sin embargo es peor permanecer estático, una investigación en Estados Unidos ha reconocido que las visitas regulares son un factor clave para desarrollar una cultura de seguridad y mejorar la seguridad del paciente.

Los beneficios de las sesiones informativas y visitas directivas sobre seguridad del paciente son:

- un aumento de la conciencia sobre cuestiones de seguridad y de conceptos de seguridad del paciente entre todo el personal;
- una demostración de que la seguridad es de alta prioridad para los directivos y líderes clínicos.
- el acogimiento de una cultura abierta y justa animando al personal a discutir abiertamente sobre incidentes;
- la oportunidad de recopilar información e ideas del personal para hacer más segura la atención al paciente;

- la oportunidad de compartir la información recopilada entre diferentes partes del servicio con líderes clínicos.

### Lista de control de equipo

Una cantidad significativa de evidencias indican que los equipos que trabajan bien conjuntamente crean un entorno seguro.<sup>13-17</sup> La siguiente lista de control de la NPSA destaca los criterios clave que mejoran el trabajo de equipo multidisciplinar:

Criterios	✓	X
¿Tienen claro los miembros del equipo sus roles y responsabilidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay líderes reconocidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están satisfechos estos líderes con el tipo de liderazgo y dirección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Están satisfechos los miembros del equipo con el tipo de liderazgo y dirección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se respeta y valora a cada miembro del equipo por su experiencia y opinión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cualquier miembro del equipo puede cuestionar sin miedo a otro miembro del equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son utilizados adecuadamente los expertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existe un procedimiento formal para conseguir y planificar conjuntamente los objetivos y metas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen sistemas eficaces de comunicación en y entre equipos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay un conocimiento compartido de lo que es necesario y se comprueba activamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es trasladada la información correcta a la persona adecuada en el momento oportuno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El equipo anticipa, discute y se prepara para problemas potenciales, retos y riesgos que puedan ocurrir a través de un sistema de reunión informativa y parte informativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hacen observaciones a los miembros del equipo sobre su actuación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen mecanismos para identificar y gestionar condiciones de trabajo, tales como estrés o fatiga en el equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se promueve la seguridad del paciente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Buena práctica en desarrollar una cultura de seguridad

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@npsa.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@npsa.nhs.uk)

## Referencias

- 1 Kouzes JM, Posner BZ (1987). *The Leadership Challenge*. San Francisco, CA: Jossey-Bass
- 2 Conway J (2001). *Strategies for Leadership; Hospital Executives and Their Role in Patient Safety*. American Hospital Association (accessed at: [www.ihatoday.org](http://www.ihatoday.org) November 2003)
- 3 Department of Health (2003). *Making Amends*. London: The Stationery Office (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) November 2003)
- 4 Corrigan PW, Lickey SE, Campion BS, Rashid F. Mental health team leadership and consumers' satisfaction and quality of life. *Psychiatric Services* 2000;51(6):781–5
- 5 Firth-Cozens J. Building teams for effective audit. *Quality in Healthcare* 1992;1:252–5
- 6 Institute for Healthcare Improvement (2003). *The Courage to Act on What If... 2004 Progress Report* (accessed at [www.ihl.org](http://www.ihl.org) December 2003)
- 7 Bagian JP (2002). *What makes reporting systems successful*. Taken from Improving Patient Safety: conference papers from the joint ECRI–Department of Health Conference, 10 October 2001. Welwyn Garden City, England: ECRI Europe
- 8 Institute for Healthcare Improvement (2003). *Safety Briefings* (accessed at: [www.ihl.org](http://www.ihl.org) November 2003)
- 9 Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organisational influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioural Science* 1996;32(1):5–28
- 10 Edmondson AC. Psychological safety and learning behaviour in work teams. *Administrative Science Quarterly* 1999;44(4):350–83
- 11 Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 1999;34(3):373–83
- 12 Baker R, Hearnshaw H, Cooper A, Cheater F, Robertson N. Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice. *Quality in Health Care* 1995;4:234–9
- 13 Baker K, Olson J, Morisseau D. Work practices, fatigue, and nuclear power plant safety performance. *Human Factors* 1994;36(2):244–57
- 14 Roseman C, Booker JM. Workload and environmental factors in hospital medication errors. *Nursing Research* 1995;44(4):226–30
- 15 Dugan J, Lauer E, Bouquot Z, Dutro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful nurses: the effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality* 1996;10(3):46–58
- 16 Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *British Medical Journal* 2000;320(7237):745
- 17 Carthey J, de Leval MR, Wright DJ, Farewell VT, Reason JT. Behavioural markers of surgical excellence. *Safety Science* 2003;41(5):409–13.



## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas han fallado. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.npsa.nhs.uk/sevensteps](http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

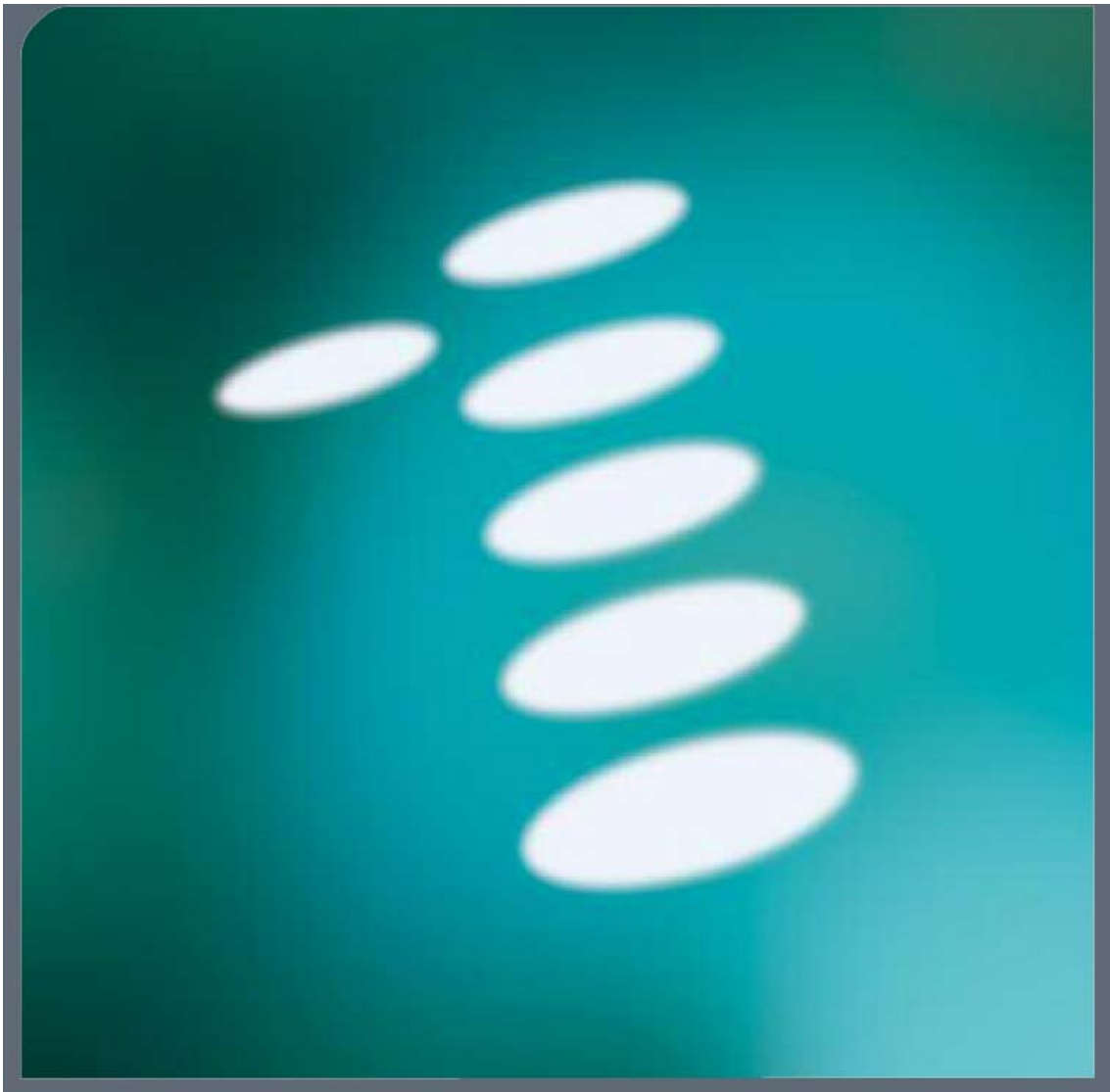
© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)



# Paso 3

Siete Pasos para la seguridad del paciente en  
la atención primaria  
Integrar su actividad de gestión del riesgo





## Paso 3

Integrar su actividad de gestión del riesgo



<b>Contenido</b>	página
<b>Integrar su actividad de gestión del riesgo</b>	<b>4</b>
Los principios clave	5
<b>¿Por qué es importante la gestión integrada del riesgo?</b>	<b>6</b>
Los beneficios de la gestión integrada del riesgo para las organizaciones de atención primaria	7
<b>¿Qué pueden hacer los prestadores sanitarios?</b>	<b>7</b>
<b>Evaluación del riesgo</b>	<b>10</b>
Evaluación integrada del riesgo	12
Herramientas de evaluación del riesgo	12
Evaluación probabilística del riesgo	13
Ejemplo de un esquema de probabilidad del riesgo	14
¿Cómo mejorará la seguridad del paciente la evaluación probabilística de riesgo?	14
Matriz de riesgo	14
Consideraciones para elegir una matriz de riesgo	15
Modalidades de fallos y análisis de efectos (AMFE)	16
Siete fases del AMFE	17
¿Cómo mejorará la AMFE la seguridad del paciente?	18
Los beneficios del AMFE	18
Lista de control de evaluación del riesgo	18
<b>¿Cómo puede ayudar la NPSA?</b>	<b>19</b>
Aumentar la conciencia sobre seguridad del paciente	19
Trabajo conjunto para la seguridad del paciente	20
Directores Nacionales de seguridad del paciente	20
<b>Buena práctica en desarrollar una cultura de seguridad</b>	<b>21</b>
<b>Referencias</b>	<b>22</b>



## Paso 3

### Integrar su actividad de gestión del riesgo

Es un requisito de gobierno clínico e integrado que todas las organizaciones en el *NHS*, incluyendo las de atención primaria, aborden cuestiones de calidad y cumplan los modelos de cuidado adecuado. La gestión del riesgo es una parte crucial del proceso.

En este Paso definimos cómo las organizaciones de atención primaria, prácticas incluidas, pueden construir un enfoque de gobierno integrado y desarrollar e integrar sistemas de gestión del riesgo, cómo puede ello mejorar la seguridad del paciente, y cómo puede ayudar la NPSA a lograr dicho objetivo.

El riesgo es inherente a todos los aspectos de la atención primaria, incluyendo:

- el tratamiento y cuidado habilitados y proporcionados a los pacientes y sus familias;
- la determinación de prioridades de servicio;
- desarrollos de proyectos y servicio;
- la adquisición de medicamentos y productos sanitarios;
- las instrucciones, conocimiento y seguimiento de pacientes.

Gestión integrada del riesgo es el proceso de identificación, evaluación, análisis y gestión de todos los riesgos potenciales<sup>a</sup> e incidentes de seguridad del paciente<sup>b</sup>. Es aplicable a todos los servicios de atención primaria a cualquier nivel. Si los riesgos son debidamente evaluados, el proceso ayudará a los *trusts* de atención primaria, consejos sanitarios locales, equipos comunitarios y prácticas, a establecer sus prioridades y mejorar la toma de decisiones hasta alcanzar un balance óptimo del riesgo, beneficio y coste.

En la práctica, gestión integrada del riesgo significa:

- Garantizar que las organizaciones de atención primaria, incluidas prácticas, utilizan los mismos sistemas para dirigir todas sus funciones de gestión del riesgo, tales como seguridad del paciente, sanidad y seguridad, quejas, litigios clínicos y laborales, así como riesgo financiero y del entorno.

---

<sup>a</sup> **Riesgo:** es la posibilidad de que algo suceda que tendrá un impacto en personas y/o organizaciones. Se mide en términos de probabilidad y consecuencias.

<sup>b</sup> **Incidente de seguridad de paciente:** cualquier incidente no intencionado o inesperado que pueda tener o condujo a daño a uno o más pacientes que reciben asistencia sanitaria financiada por el *NHS*.

- Cuando la mejora, modernización y gobierno clínico son considerados, la gestión del riesgo es un componente clave de cualquier proyecto de diseño.
- Reunir todos los recursos de información relacionados con el riesgo y la seguridad, por ejemplo, “información reactiva” tal como incidentes de seguridad del paciente, litigios judiciales clínicos, quejas, e incidentes de salud y seguridad, así como “información proactiva” tal como resultados de evaluaciones del riesgo.
- Utilizar un enfoque coherente en la formación, gestión, análisis e investigación de todos los riesgos potenciales y reales.
- Utilizar un enfoque coherente y unificar todas las evaluaciones de todo tipo de riesgos de una organización a cualquier nivel. Incorporar todos los riesgos dentro de una organización o programa de evaluación de prácticas de riesgo y registro del riesgo. Esto significará que las organizaciones pueden planificar con más eficacia y desarrollar controles para reducir los efectos de los riesgos identificados.
- Utilizar la información obtenida sobre incidentes y evaluaciones del riesgo para desarrollar proyectos futuros y planes estratégicos.

### Los principios clave

Gestión integrada del riesgo significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas de riesgo.

La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos de gobierno clínico, homologaciones de riesgo (Plan de Negligencia Clínica de los *Trusts*, Plan de Fondo Común de Riesgo de los *Trusts*, Fondo Común de Riesgo Galés), y requisitos ejecutivos de Sanidad y Seguridad.

---

<sup>c</sup> **Registro del riesgo:** es una base de datos donde se obtiene una recopilación de resultados de todas las evaluaciones de riesgo de las organizaciones. Se utiliza como una forma de auditoría para supervisar como gestionan sus riesgos las organizaciones. Debe actualizarse regularmente para mostrar los efectos de esta gestión y revisión habitual.



## ¿Por qué es importante la gestión integrada del riesgo?

Es actualmente bien reconocido que la atención sanitaria implica una gran variedad de riesgos y que cualquier desarrollo, cambio o innovación introduce nuevos riesgos así como recompensas.<sup>1-5</sup>

Muchas personas consideran los incidentes de seguridad del paciente como sucesos aleatorios o eventos imprevisibles fuera de un control efectivo. Pero aunque la suerte interviene, y un error humano no puede ser nunca eliminado completamente, la mayor parte de los incidentes se encuentran dentro de patrones sistemáticos y recurrentes.<sup>6</sup>

Los *trusts* de atención primaria, consejos sanitarios locales y prácticas están en constante cambio, lo que puede causar un cambio en su perfil de riesgo. Si estas organizaciones sistemáticamente identifican, evalúan, aprenden y gestionan todos los riesgos e incidentes a cualquier nivel, estarán en disposición de reducir riesgos potenciales y reales, y de identificar oportunidades para mejorar la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente en toda la organización.

A nivel internacional, las organizaciones sanitarias se están beneficiando de un enfoque más integral para gestionar todos sus riesgos más eficazmente.<sup>7</sup> Integrando la gestión del riesgo como se describe en este Paso, tendrán más posibilidades de lograr sus objetivos y de obtener los resultados deseados.

La gestión integrada del riesgo no solo se centra en la reducción o mitigación del riesgo, sino que apoya y promueve la innovación de forma que puedan conseguirse mejores rendimientos con resultados, costes y riesgos aceptables. Se esfuerza en un balance óptimo del riesgo. También es un componente esencial de buena gestión y ofrece un enfoque para construir una mejor adaptabilidad organizativa\* y flexibilidad frente a la incertidumbre.<sup>8</sup> Su intención es apoyar mejor la toma de decisiones a través de un entendimiento consistente de todos los riesgos y sus impactos posibles. Sin procesos eficaces de gestión integrada del riesgo, no pueden identificarse las debilidades y vulnerabilidad de procedimientos, prácticas o cambios en la política. Esto puede conducir a prestar una asistencia sin planes de contingencia bien considerados.

---

<sup>d</sup> **Adaptabilidad organizativa:** el lado positivo de la seguridad, definida como la adaptabilidad intrínseca del sistema frente a sus riesgos operativos.

### **Los beneficios de la gestión integrada del riesgo para las organizaciones de atención primaria**

- Mejora la información sobre riesgos de tal forma que la escala y naturaleza del riesgo para los pacientes puede ser adecuadamente evaluada.
- Las lecciones aprendidas en un área de riesgo, por ejemplo de una auditoría clínica, auditoría de sucesos significativos, quejas de gestión, evaluaciones de sanidad y seguridad, y tratamiento de litigios y reclamaciones, pueden ser rápidamente difundidas en otras áreas de riesgo.
- Proporciona un enfoque coherente para la identificación, análisis e investigación de todos los riesgos, por ejemplo, el análisis de causa raíz (ACR) y/o la auditoría de un suceso significativo pueden ser utilizados para quejas y demandas así como para incidentes.
- Asesorar a las organizaciones en el cumplimiento de todos los estándares pertinentes, así como de los requisitos de gobierno clínico del *CNST*, *RPST*, *WRP* y *HSE*.
- Ayudar a las organizaciones a resolver sus dudas, a afrontar el impacto de sucesos inesperados, y a aumentar la confianza del paciente y del público.

### **¿Qué pueden hacer los prestadores sanitarios?**

Todas las organizaciones de atención primaria y prácticas necesitan establecer una función de gestión integrada del riesgo. Las decisiones sobre riesgo necesitan ser equilibradas de modo que los beneficios potenciales sean más valiosos para la organización que los costes para afrontar el riesgo. Cómo se gestionan los riesgos actualmente y quién es responsable de este procedimiento son cuestiones que varían dentro del servicio sanitario. En parte es debido a que las distintas organizaciones están en distintas fases de desarrollo en su actividad de gestión del riesgo. Esto significa establecer una infraestructura para aumentar el entendimiento y la comunicación sobre cuestiones de riesgo, e implica:

- equilibrar innovación con riesgos y beneficios;
- garantizar que la organización o práctica tiene objetivos claros y medios para medir el cambio;

- desarrollar una mejora sostenida y continuada y difundir buena práctica;
- apoyar al personal;
- mejorar la comunicación con los pacientes.

Para ser más eficaz, la gestión integrada del riesgo tiene que estar incorporada en los procedimientos normales de trabajo, y en las estructuras y procesos de toma de decisiones existentes.<sup>1</sup> Los planes de actuación pueden ayudar a describir cómo desarrollará su enfoque en la gestión del riesgo y seguridad del paciente, y qué será necesario para incorporarlos en los objetivos, dirección, sistemas operativos y práctica diaria.<sup>7</sup>

Cada organización de atención primaria, incluidas prácticas, debería:

- Describir como deberían comunicarse las cuestiones que van mal para garantizar lecciones y aprendizaje.
- Garantizar que el riesgo es gestionado activamente y adecuadamente comunicado a toda la organización o práctica.
- Establecer grupos multidisciplinares para discutir la gestión del riesgo en la organización o práctica. No tienen que ser reuniones específicas sino que pueden estar integradas dentro de la reunión habitual de la organización, o dentro de las reuniones de práctica o equipo, o incorporadas en las reuniones de auditoría clínica, o gobierno clínico. Estas reuniones deberían evaluar mecanismos de notificación para toda la gestión del riesgo; siendo fomentados y recibiendo respuesta de los directivos pertinentes y líderes clínicos; y responsabilizándose de asegurar el desarrollo y aprobación de políticas adecuadas y procedimientos requeridos para la gestión eficaz del riesgo.

Para lograr un enfoque de gestión integrada del riesgo, las organizaciones de atención primaria deberían:

- proporcionar una formación adecuada para garantizar que todo el personal es consciente de la gestión del riesgo y seguridad del paciente.
- promover y apoyar una cultura abierta y justa para facilitar la identificación continua y reducción del riesgo en la organización o práctica, y en aquellos a quienes proporcionamos servicio;
- obtener conformidad de la acreditación externa;
- establecer un registro eficaz del riesgo;

- asegurar que los equipos y prácticas están utilizando un sistema de notificación de incidentes, incluyendo sucesos significativos; bien a través de un sistema documental incorporado a un sistema electrónico de gestión del riesgo, o bien utilizando el formulario de la *NPSA* en la Web.
- revisar la información agrupada de gestión del riesgo y evaluaciones del riesgo y otras herramientas (tales como modalidades de fallos y análisis de efectos descritos posteriormente en este Paso) para ayudar a prevenir problemas posibles y planes de contingencia.
- revisar análisis de causa raíz (ACR) e investigaciones de auditoría de sucesos significativos (ASS);
- establecer un sistema de revisión, actualizando y difundiendo políticas y procedimientos clínicos para promover y apoyar la mejor práctica;
- asegurar que los sistemas adecuados son puestos en funcionamiento por planes sólidos de gobierno en habilitación de servicios.

El *trust* de atención primaria o consejo sanitario local debería ser responsable de:

- aprobar la estrategia de gestión del riesgo y políticas asociadas, y apoyar los objetivos corporativos relacionados con la gestión del riesgo para el área;
- cuando sea posible, crear un punto único de coordinación para la política y estrategia general, así como para la orientación y apoyo de equipos en sus comunidades;
- revisar la eficacia de los controles internos de la organización para minimizar el riesgo:
- poder demostrar que han sido adecuadamente informados sobre la totalidad de los riesgos e incidentes de seguridad del paciente;
- poder evidenciar que han identificado sistemáticamente los objetivos de la organización y gestionado los riesgos principales para alcanzarlos;
- delegar la responsabilidad ejecutiva de gestión del riesgo en el director ejecutivo.

## Evaluación del riesgo

El informe del Ministerio de Sanidad, *Building a safer NHS for patients*<sup>9</sup> (Creando un NHS más seguro para los pacientes), resaltó que tan importante es identificar factores que podrían afectar a la seguridad del paciente y dar pasos para reducir estos riesgos, como informar y aprender de incidentes que ya han ocurrido.<sup>6,10,11</sup> Cuando se toman decisiones en una organización o práctica, deben tenerse en consideración cualesquiera riesgos potenciales que podrían directa o indirectamente afectar al cuidado del paciente. Estos riesgos pueden ser clínicos, del entorno, financieros, económicos, políticos, o que afecten a las percepciones del público y a la reputación de la organización. La evaluación del riesgo es el proceso que ayuda a las organizaciones de atención primaria a comprender la variedad de riesgos que afrontan (tanto interna como externamente), el nivel de capacidad para controlar esos riesgos, su probabilidad de incidencia y su impacto potencial.

Todas las organizaciones de atención primaria deben tener formalmente un programa anual de evaluación de probabilidad del riesgo local en toda la organización (establecido sobre modelos externos pertinentes). Ello debería utilizarse para identificar y evaluar todos los riesgos en tres niveles de la organización: estratégico, político y clínico/operativo.<sup>12</sup> La información recopilada en este programa de evaluación anual del riesgo debería ser introducida en el registro de riesgo con:

- riesgos potenciales identificados por todas las evaluaciones regulares realizadas durante el año.
- información obtenida sobre riesgos potenciales y reales identificados por incidentes de seguridad del paciente, demandas judiciales y reclamaciones, investigaciones de jueces de instrucción, investigaciones internas, externas e indagaciones, investigaciones confidenciales, evaluaciones externas y acreditaciones;
- Información obtenida sobre riesgos potenciales y reales identificados por investigaciones de incidentes utilizando el ARC y el ASS.

Los seminarios sobre gestión del riesgo son proporcionados por un grupo de organizaciones de atención sanitaria, incluyendo los Centros de Formación Farmacéutica de Postgrado y el Centro de Formación Farmacéutica de Postgrado de Gales. Ambos son organizaciones que proporcionan educación continuada y oportunidades de desarrollo profesional para todos los

farmacéuticos comunitarios, hospitalarios y de atención primaria en Inglaterra y Gales. Por ejemplo, tienen seminarios que ayudarán a los farmacéuticos a examinar sus procedimientos para gestionar cuestiones sobre medicamentos y pacientes en la farmacia, revisando, identificando y eliminando posibles riesgos. También investigan errores de medicación y la forma en que afectan a farmacéuticos y pacientes, y ayudan a identificar y gestionar el problema. Esto ayuda a los farmacéuticos a cumplir los requisitos gubernamentales de gobierno clínico y los requisitos de los procedimientos operativos en funcionamiento, así como a mejorar la calidad de su servicio.

La Asociación de Defensa Médica (*MDU*) tiene una herramienta gratuita de evaluación del riesgo en Internet, que posibilita a los médicos de medicina general gestionar riesgos en su práctica. Respondiendo a una serie de preguntas, les ayudará a identificar áreas potenciales de riesgo y realizar actuaciones para tratarlas. Completada con la guía GPM y el asesoramiento del *MDU*, la herramienta está diseñada para ayudar a reducir la posibilidad de una demanda judicial o reclamación. Un ejemplo de la evaluación en Internet se dirige a los riesgos asociados a la prescripción, y cubre áreas tales como:

- confirmación de prescripción;
- cuestiones sobre medicamentos;
- cuestiones de atención práctica;
- riesgos comunes;
- prioridad de actuaciones.

Una vez que la evaluación es completada la página Web ayuda a crear actuaciones personalizadas para abordar cualquier área de riesgo. También facilita un punto de referencia que permite la comparación con la media del Reino Unido e Irlanda, y con las evaluaciones registradas anteriormente, permitiendo a los prácticos hacer seguimiento de sus progresos a lo largo del tiempo.

## **Evaluación integrada del riesgo**

Una evaluación integrada del riesgo ayuda a las organizaciones de atención primaria a:

- tener una visión general de su capacidad de gestión del riesgo, prácticas y cultura;
- desarrollar una cultura abierta y justa;
- planificar y establecer procedimientos;
- perfeccionar prácticas para convertirlas en más seguras y más adaptables;
- alcanzar objetivos estratégicos y operativos establecidos por participantes externos;
- garantizar que las lecciones se comparten en y entre organizaciones.

Las evaluaciones del riesgo deberían ser conducidas por personal para quien los riesgos sean relevantes. Por ejemplo, los equipos de dirección y gestión tendrán que asesorar sobre riesgos estratégicos, mientras que los equipos clínicos tendrán que participar cuando se evalúe el cuidado de un paciente individual o un riesgo de procedimiento en su departamento. Todas las partes afectadas por riesgos, incluyendo pacientes y público, pueden participar también en el proceso de decisión cuando sea posible. Cada servicio debería responsabilizarse de sus propios riesgos e introducirlos en un registro de riesgo de la organización o práctica. El proceso de evaluación del riesgo es utilizado entonces para desarrollar planes locales y como evidencia para el desarrollo del servicio.

## **Herramientas de evaluación del riesgo**

Hay una conciencia creciente de que las intervenciones, conocimiento y experiencia utilizados para mejorar la seguridad en otras industrias pueden ayudar al sector sanitario a comprender como podemos abordar incidentes y riesgos similares. Una serie de herramientas utilizadas actualmente en la industria están siendo ahora utilizadas en asistencia sanitaria para identificar fallos potenciales. Estas incluyen:

- evaluación de la probabilidad del riesgo;
- matriz de riesgo
- modalidades de fallos y análisis de efectos;

- lista de control de evaluación del riesgo.

### **Evaluación probabilística del riesgo**

La evaluación probabilística del riesgo (EPR) examina incidentes y sus factores concurrentes y determina la posibilidad de que suceda el evento.<sup>13</sup> Ello implica una mezcla de cuantificación de riesgos y valoración, y aplica herramientas tales como el análisis por árbol de incidentes<sup>e</sup>, y el análisis por árbol de fallos<sup>f</sup>.

La evaluación define la naturaleza y envergadura de los riesgos y considera estos en relación con los beneficios de reducirlos o eliminarlos y los costes para lograrlo. Se efectúa entonces una valoración sobre cómo manejar mejor el riesgo. Por ejemplo, el proceso EPR podría utilizarse para intentar comprender las vías potenciales de dispensación de un medicamento erróneo. Podrían existir una serie de vías diferentes para que esto pueda suceder:

- el medicamento fue prescrito incorrectamente por el medico general y no fue captado por la farmacia;
- el medicamento estaba prescrito correctamente pero la farmacia seleccionó el medicamento incorrecto para el paciente.
- la prescripción del medicamento estaba poco clara, y la farmacia seleccionó el medicamento según lo entendió, pero era el equivocado.

El enfoque de la EPR estudia la probabilidad de cada resultado y lo que podría hacerse para reducir esa probabilidad. También intenta cuantificar los riesgos potenciales haciendo una estimación de la probabilidad de un riesgo particular o incidente realmente sucedido, incluyendo una consideración de la frecuencia con que pueda presentarse.

Para ayudar en esta cuantificación, la información de incidentes puede evaluarse junto con una estimación experta sobre la frecuencia con la que un procedimiento puede fallar, o emprendiendo una auditoria clínica del proceso para demostrar índices de fallo real.

---

<sup>e</sup> **Análisis por árbol de incidentes:** es un enfoque que, como las ramas de los árboles, muestra los distintos senderos y factores que pueden conducir a que ocurra un incidente.

<sup>f</sup> **Análisis por árbol de fallos:** es una extensión del árbol de incidentes que muestra los efectos acumulativos de fallos en un sistema.



Hay muchas formas de cuantificar la probabilidad. La siguiente tabla muestra un ejemplo:

<b>Ejemplo de un esquema de probabilidad del riesgo <sup>14</sup></b>	
<b>Probabilidad</b>	<b>Criterios</b>
Muy baja	0–5% –muy poco probable o casi imposible
Baja	6–20% –baja pero no imposible
Media	21–50% –bastantes probabilidades de suceder
Elevada	51–80% –más probabilidades de ocurrir de que no
Muy elevada	81–100% –casi seguro que ocurrirá

### **¿Cómo mejorará la seguridad del paciente la evaluación probabilística del riesgo?**

Fundamentalmente, una EPR significará “menos sorpresas”. Proporcionará evidencia de las áreas claves de riesgo y conducirá por tanto al establecimiento de prioridades en la actividad de mejora de la gestión del riesgo. Sucesivamente puede ayudar a garantizar que las lecciones son aprendidas sin tener que sufrir una crisis o incidente grave. También permitirá a las organizaciones de atención primaria dirigir sus limitados recursos más eficazmente

### **Matriz de riesgo**

Una herramienta comúnmente utilizada en evaluación del riesgo es una matriz de riesgo. Se utiliza para identificar riesgos en relación con su probabilidad de incidencia y gravedad del impacto; combinando juicios con análisis numéricos.<sup>1</sup> Una matriz de riesgo puede utilizarse para valorar incidentes de seguridad del paciente que ya han sucedido, aquellos que hayan sido evitados y riesgos potenciales. Debería ser utilizada por el personal clínico y directivo junto con la evaluación de incidentes y riesgos locales.

Una vez se ha identificado un riesgo, la matriz es utilizada para estimar las posibilidades de que suceda o se repita un incidente, teniendo en cuenta las medidas establecidas para prevenirlo. Las posibilidades están consideradas desde altamente improbables hasta muy probables, ayudando a una organización a plantearse vías para reducir aún más el riesgo.

La matriz es por tanto utilizada para evaluar las consecuencias reales o potenciales del riesgo para los pacientes. Los incidentes que no tienen impacto en pacientes son registrados como “no perjudiciales” o “de bajo riesgo”; y los incidentes más graves que podrían potencialmente causar la muerte son considerados de “alto riesgo”.

### **Consideraciones para elegir una matriz de riesgo**

Para que una matriz de riesgo sea eficaz debería:

- ser sencilla de utilizar y comprender;
- tener una guía de utilización clara;
- tener campos de probabilidades consecuentes que cubran todo el espectro de cada ámbito de consecuencias;
- tener descripciones y definiciones detalladas;
- explicar como pueden atenuarse los riesgos a un nivel tolerable en la matriz.

Cuando se considera qué matriz utilizar localmente, cada organización de atención primaria debería tener en cuenta los factores siguientes:

- **Implicaciones de formación:** cada área necesitará decidir quién llevará a cabo la valoración de probabilidad y consecuencia, tanto para riesgos como incidentes, e introducirá esta información en la matriz de riesgo local.
- **Estimar las probabilidades:** valorar las posibilidades de que vuelva a suceder un incidente puede ser muy subjetivo. Cuando se estima la probabilidad, el evaluador debe tener en cuenta los sucesos conocidos que parecen ser más comunes y que la respuesta constante es necesaria para garantizar exactitud en las previsiones.
- **Efectividad del impacto potencial estimado de incidentes evitados:** Existe el potencial de sobreestimar o subestimar el posible impacto de un incidente evitado, que puede influir en el registro de riesgo de las organizaciones y en actuaciones futuras.
- **Equilibrar el análisis:** el sistema elegido no debería concentrarse exclusivamente en los incidentes más graves ignorándose los incidentes bajos a moderados, que suceden con mucha más frecuencia. Si estos son notificados las lecciones aprendidas pueden evitar que tengan lugar los incidentes graves. La *NPSA* cree que hay algo que aprender de todos los incidentes de seguridad del paciente, incluyendo aquellos que han sido

evitados. Los equipos locales deberían decidir el nivel de investigación de un incidente.

- **Recursos:** cada organización ha de tener la capacidad de actuar con cualquiera de los criterios establecidos por la matriz de riesgo. Por ejemplo, si una organización decide que todos los incidentes que produzcan daño deben ser investigados utilizando el ARC/AES, la organización debe asegurarse de que hay personal suficiente con la experiencia y recursos para lograrlo.

### **Modalidades de fallos y análisis de efectos (AMFE)**

El AMFE es ampliamente utilizado en la industria y se ha adaptado como una herramienta de evaluación del riesgo en la atención sanitaria de Estados Unidos.<sup>15,16</sup> Es una herramienta proactiva de evaluación de un procedimiento, producto nuevo o diseño de servicio, para identificar fallos potenciales y el efecto que esos fallos podrían tener sobre las personas y/o la organización. Las decisiones que deben ser adoptadas para evitar un incidente pueden entonces ser priorizadas.

El AMFE identifica los factores siguientes:

- **procedimientos:** ¿cómo espera ser prestada la atención?
- **modalidad de fallo:** ¿qué puede fallar?
- **factores contribuyentes:** ¿porqué podría ocurrir el fallo?
- **efecto:** ¿cuáles son las consecuencias del fallo?

El AMFE puede aplicarse a los procesos que conforman un sistema. Un sistema de entrega de medicación, por ejemplo, es desarrollado por una serie de profesionales, procedimientos y servicios diferentes: diagnóstico inicial (medicina general), prescripción (medicina general), preparación (farmacia), dispensación (farmacia), administración (farmacia o atención domiciliaria) y seguimiento (enfermería, práctica general o atención domiciliaria). Cada paso de este proceso podría provocar potencialmente un fallo.

El AMFE podría mostrar un fallo específico que puede causar un daño específico, pero si realmente sucediese requeriría un análisis de los controles y defensas establecidas y una visión experta de probabilidad.

### **Siete fases del AMFE:**

- 1 Identificar un sistema de alto riesgo en el sistema de registro de riesgo y notificación de incidentes de la organización. Fragmentándolo en varios procesos para análisis. Esto puede ser conducido en un sistema pero el modo más eficaz es realizar un análisis por separado de cada proceso dentro del sistema y después integrar los resultados.
- 2 Reclutar un equipo multidisciplinar para seguir atentamente el proceso en forma de organigrama e identificar todos los pasos que son realizados.
- 3 Identificar como equipo donde puede ir mal o fallar el proceso y qué controles y barreras están establecidas para evitar esos fallos.
- 4 Identificar cuáles podrían ser los efectos si suceden los fallos. Evidencias existentes sobre incidentes y evaluaciones de riesgo departamentales pueden utilizarse para informar el proceso.
- 5 Asignar prioridad puntuando o considerando cada fallo y efecto. Esto se realiza normalmente utilizando una matriz de riesgo sobre las cuestiones siguientes:
  - qué probabilidad existe de que suceda esta modalidad de fallo;
  - si la modalidad de fallo sucede, ¿qué probabilidad hay de que el fallo sea detectado?;
  - si la modalidad de fallo sucede, ¿qué probabilidad hay de que se produzca daño?
- 6 Evaluar los resultados y reducir la probabilidad del fallo a un nivel aceptable o bien añadir controles y mecanismos de seguridad para mitigar o minimizar los efectos del fallo.
- 7 Completar un plan de actuación para mejoras.

## ¿Cómo mejorará la AMFE la seguridad del paciente?

La AMFE puede ayudar a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a corregir problemas potenciales realizando procedimientos más seguros y más eficaces. Puede utilizarse para evaluar el impacto potencial de cambios a lo largo del tiempo. Mientras que el ARC/AES es normalmente emprendido después de un incidente, la AMFE puede identificar fallos potenciales de procedimientos antes de que sucedan. El énfasis se encuentra en la prevención del riesgo tanto para pacientes como para el personal. Es particularmente útil para evaluar un procedimiento nuevo antes de su implantación y para valorar el impacto de un cambio propuesto en un procedimiento existente. Además, adoptar un AMFE puede proporcionarles una defensa muy clara si las cosas fallan, en cuanto a que se hizo todo lo que pudo hacerse para evitar un daño prevenible al paciente.

Las conclusiones de los resultados de la AMFE deben ser compartidas entre las organizaciones y prácticas de atención primaria, para garantizar a nivel nacional el aprendizaje sobre errores y riesgos potenciales y sobre como pueden ser reducidos estos riesgos.

### Los beneficios de la AMFE

- diseño mejorado de los procedimientos de atención;
- proporciona una herramienta sistemática, rigurosa y coherente para identificar potenciales causas raíz y posibilita acciones correctivas antes de que suceda el incidente;
- garantiza que la atención es adecuada y prestada de acuerdo con los resultados esperados.

### Lista de control de evaluación del riesgo

El Ministerio de Sanidad (Inglaterra) ha publicado un conciso documento guía, *Building the Assurance Framework: A Practical Guide for NHS Boards* (Construir el Marco de Garantía: Una Guía Práctica para Consejeros del NHS).<sup>17</sup> Este documento asesora sobre como los consejeros y altos directivos pueden reunir la fragmentada actividad de gestión del riesgo existente.

### **El consejo y/o las organizaciones deben:**

- establecer su estrategia principal y objetivos directivos;
- identificar los riesgos principales que puedan amenazar el logro de estos objetivos (el Ministerio de Sanidad sugiere una gama de 75-200 dependiendo de la complejidad de la organización<sup>13</sup>);
- identificar y evaluar el diseño de controles clave con la intención de gestionar los riesgos principales y asegurar que son respaldados por los principales modelos de controles de seguridad;
- establecer los planes para conseguir seguridad en la eficacia de controles clave en todas las áreas de riesgo principal.
- evaluar los programas de controles de seguridad en todas las áreas principales de riesgo;
- identificar áreas donde los controles están funcionando bien y áreas donde haya fisuras en los controles;
- poner en funcionamiento planes para adoptar acciones correctivas allí donde se hayan identificado fisuras;
- establecer planes de gestión del riesgo sólidos y dinámicos, incluyendo, de forma crucial, un buen fundamentado registro de riesgo.

### **¿Cómo puede ayudar la NPSA?**

Se requiere un extenso programa de cambio para mejorar la gestión del riesgo en el *NHS*. Una prioridad de la *NPSA* es integrar una guía basada en la mejor práctica, crear un lenguaje común y adoptar herramientas sencillas como una base de mejora generalizada.

#### **Aumentar la conciencia sobre seguridad del paciente**

Un objetivo clave de la *NPSA* es aumentar el perfil de seguridad del paciente, que incluye la gestión del riesgo. Estamos promoviéndolo en forma de guía, presentaciones, artículos, vídeo de introducción, y programas de iniciación para líderes<sup>9</sup> del *NHS*, nuevos directores organizativos y directores no ejecutivos.

---

<sup>9</sup> **Líderes del NHS:** cualquier miembro del personal que trabaja en asistencia sanitaria financiada por el *NHS* que sea responsable de dirigir una organización, un departamento, un equipo o un proyecto.

La *NPSA* les ayudará a garantizar que son apoyados para realizar su trabajo proporcionándoles experiencia y acceso a herramientas y programas de formación.

También estamos desarrollando programas de liderazgo junto con el *King's Fund for senior NHS leaders* (Fondo Real para líderes *senior* del *NHS*). Estos incluirán los enfoques de sistemas de error, el liderazgo necesario para conducir la seguridad del paciente, qué características tiene que tener una organización segura y cómo puede medirse el éxito en seguridad del paciente.

### **Trabajo conjunto para la seguridad del paciente**

Mejorar la seguridad del paciente es parte del trabajo de todas las organizaciones nacionales y grupos de trabajo en el *NHS*. La colaboración se halla en el centro del trabajo de la *NPAS*. Nuestro propósito es animar a las organizaciones de asistencia sanitaria a introducir la seguridad del paciente en sus agendas y mantener un estrecho contacto a nivel nacional con organizaciones clave para respaldar la implantación a nivel local. La *NPSA* se reúne regularmente con el Ministerio de Salud, Asamblea de Gobierno de Gales, Autoridades de Estrategia Sanitaria (*StHA*), y Oficinas Regionales de Gales. También mantenemos un estrecho contacto con grupos de estudio como la Comisión Sanitaria, la Autoridad de Litigios del Servicio Sanitario (*NHSLA*) y proyectos de fondo común sobre riesgo. A través del trabajo conjunto nos proponemos mejorar la coherencia en el enfoque de la seguridad del paciente en todo el *NHS*.

### **Directores Nacionales de seguridad del paciente**

Para ayudar a las organizaciones del *NHS* a prestar una atención más segura, la *NPSA* ha establecido una red de directores de seguridad del paciente. En la actualidad existen 31 puestos, cada uno referido a una Autoridad de Estrategia Sanitaria en Inglaterra y Gales.

Es sabido que los directores locales del riesgo, líderes de gobierno clínico, y personal sanitario y de seguridad, han avanzado un largo camino en gestión del riesgo y seguridad del paciente. El papel del director de seguridad del paciente no es socavar esta actividad sino mejorarla donde sea necesario. Los directores de seguridad del paciente están para apoyar el desarrollo local, reflejando las competencias de la Autoridad de Estrategia Sanitaria. Su objetivo esencial es proporcionar una comunicación en ambas direcciones entre la *NPSA* y todas las organizaciones locales del *NHS* en Inglaterra y Gales, incluyendo las organizaciones de atención primaria.

Sus competencias son:

- proporcionar liderazgo y experiencia en una determinada localidad;
- apoyar y coordinar la implantación del ARC;
- apoyar y coordinar formación en ACR;
- apoyar y asesorar al personal del *NHS* en cuestiones de seguridad del paciente, en particular a desarrollar una cultura abierta y justa; formación en seguridad del paciente; y asesorar al personal local en la identificación e investigación de incidentes de seguridad del paciente;
- proporcionar asistencia para alcanzar indicadores de actuación y objetivos nacionales, así como para revisiones externas y acreditaciones.
- Proporcionar asuntos de seguridad del paciente e ideas de soluciones de organizaciones locales del *NHS* a la atención de la *NPSA* y, a la vez, ayudar a organizaciones locales a probar e implantar soluciones desarrolladas por la *NPSA*.

### Buena práctica en desarrollar una cultura de seguridad

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíelo a [pcsevensteps@npsa.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@npsa.nhs.uk)



## Referencias

- 1 Strategy Unit (2002). Risk: Improving government's capability to handle risk and uncertainty (accessed at: [www.strategy.gov.uk](http://www.strategy.gov.uk) January 2004)
- 2 Vincent C (ed) (2001). *Clinical Risk Management. Enhancing patient safety*. Second Edition. London: British Medical Journal Publishing
- 3 Reason J (ed) (1990). *Human Error*. Cambridge: Cambridge University Press
- 4 Reason J (1994). *Foreword to Human Error in Medicine*. Marilyn Sue Bogner (ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- 5 Institute of Medicine (IOM) (2000). *To Err is Human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press (accessed at: [www.nap.edu](http://www.nap.edu) and [www.iom.edu](http://www.iom.edu) January 2004)
- 6 Reason J, Hobbs A (eds) (2003). *Managing Maintenance Error. A Practical Guide*. Hampshire, England: Ashgate Publishing Company
- 7 Treasury Board of Canada Secretariat (2003). *Integrated Risk Management Framework* (accessed at: [www.tbs-sct.gc.ca](http://www.tbs-sct.gc.ca) January 2004)
- 8 Carthey J, de Leval MR, Reason JT. Institutional resilience in healthcare systems. *Quality and Safety in Healthcare* 2001;10:29–32.
- 9 Department of Health (2001). *Building a Safer NHS for Patients*. Copies can be obtained from the Department of Health, PO Box 777 – [doh@prolog.uk.com](mailto:doh@prolog.uk.com) (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) November 2003)
- 10 Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000;320(7237):768–70
- 11 Rasmussen J, Peterson OM (1984). *Human factors in probabilistic risk analysis and risk management*. Operational Safety of Nuclear Power Plants Volume 1. Vienna: International Atomic Energy Agency
- 12 NHS Litigation Authority (2003). *CNST and RPST risk management standards* (accessed at: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) January 2004)
- 13 Wreathall J, Nemeth C. Assessing risk: the role of probabilistic risk assessment (PRA) in patient safety improvement. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:206-12
- 14 Office of Government Commerce (2002). *Management of Risk: Guidance for Practitioners*. London: The Stationery Office
- 15 de Rosier J, Stalhandske E, Bagian JP, Nudell T. Using Health Care Failure Mode and Effect Analysis: The VA National Center for Patient Safety's Prospective Risk Analysis System. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 2002;27(5):248–67
- 16 For more information visit: [www.fmeainfocentre.com](http://www.fmeainfocentre.com) (January 2004); [www.qualityhealthcare.org](http://www.qualityhealthcare.org) (January 2004); [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) (January 2004).
- 17 Department of Health (2003). *Building the Assurance Framework: A Practical Guide for NHS Boards*. (accessed at [www.controlsassurance.gov.uk](http://www.controlsassurance.gov.uk) January 2004)

## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas han fallado. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.npsa.nhs.uk/sevensteps](http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

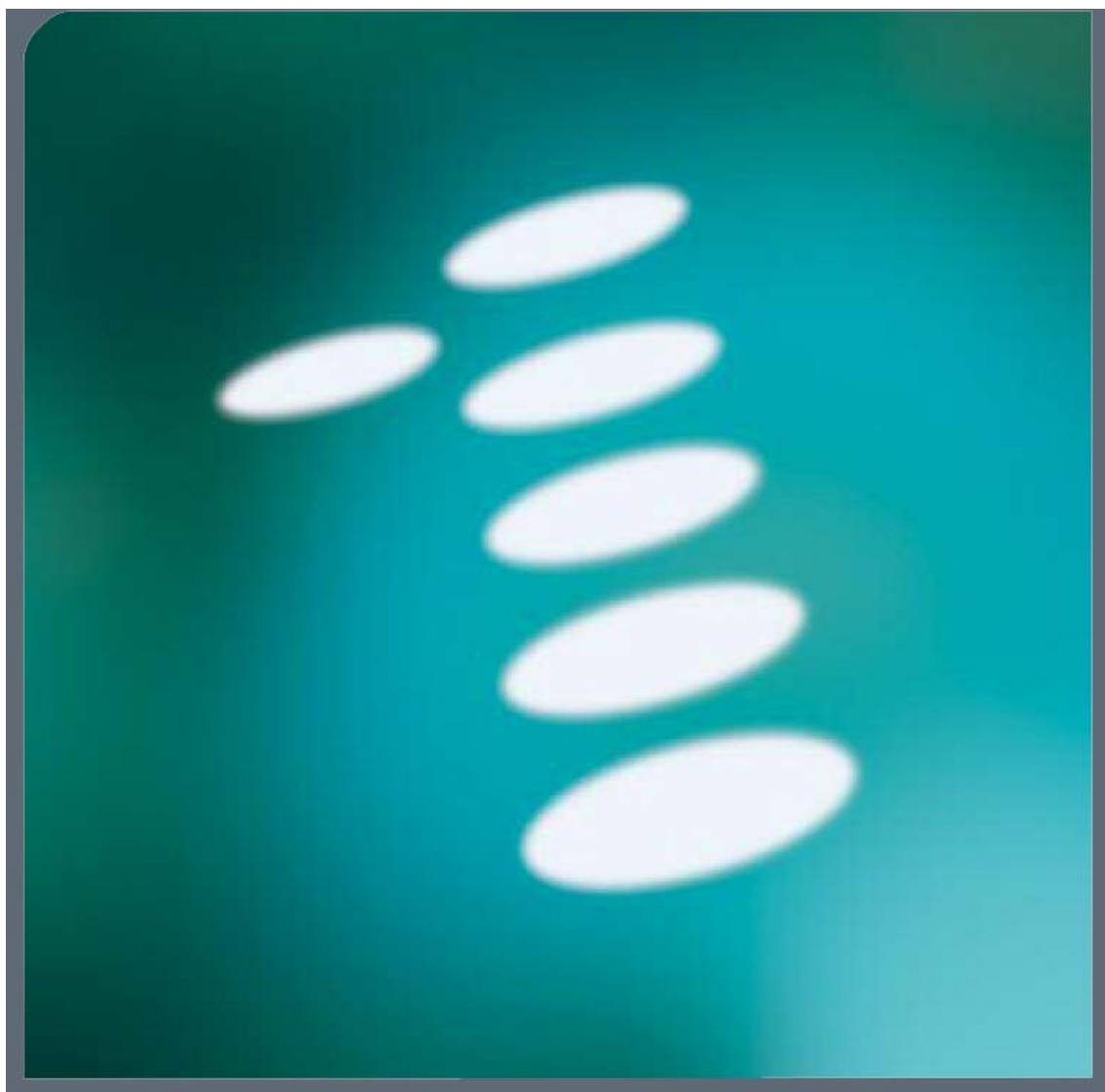
© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)

# Paso 4

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Promover la notificación en atención primaria





## Paso 4

Promover la  
notificación en  
atención primaria



## Contenido

	página
<b>Promover la notificación en atención primaria</b>	<b>4</b>
Los principios clave	5
<b>¿Por qué es importante notificar incidentes?</b>	<b>5</b>
<b>El Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje</b>	<b>7</b>
<b>Cómo notificar incidentes a la NPSA</b>	<b>9</b>
Notificación mediante sistemas locales de gestión del riesgo	9
El formulario electrónico de Internet	10
<b>Beneficios de la notificación</b>	<b>11</b>
<b>Terminología y definiciones</b>	<b>12</b>
Tabla 1: Términos seleccionados por la NPSA para notificación de incidentes	13
<b>Clasificación de incidentes según el daño</b>	<b>14</b>
Tabla 2: Términos y definiciones de la NPSA para clasificar incidentes de seguridad del paciente	15
Circunstancias atenuantes	16
Gráfico 1: Niveles de gravedad del daño	16
<b>¿Qué debería ser notificado?</b>	<b>16</b>
<b>Componentes de un incidente de seguridad del paciente</b>	<b>17</b>
Fallos activos	17
Condiciones latentes del sistema	18
Incumplimientos	19
Factores contribuyentes	19
<b>Notificación de incidentes en atención primaria</b>	<b>20</b>
Aumentar la notificación	21
Obstáculos para la notificación	22
<b>Confidencialidad y anonimato</b>	<b>23</b>
<b>Respuesta, aprendizaje e información compartida</b>	<b>25</b>
<b>¿Qué deben hacer los prestadores de atención primaria?</b>	<b>25</b>
1. Adoptar un lenguaje común para notificar	25
2. Conectar los sistemas de notificación local con el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje	26
¿Cómo puede ayudar la NPSA con la conectividad?	27
<b>Ejemplos de incidentes de atención primaria según su gravedad</b>	<b>29</b>
Ejemplo de buena práctica	32
<b>Promover la notificación</b>	<b>33</b>
<b>Referencias</b>	<b>33</b>





## Paso 4

### Promover la notificación en atención primaria

Los incidentes en atención sanitaria se producen generalmente uno tras otro. El único modo de poder identificar el número total de incidentes es establecer un sistema de notificación. Es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio.

Sin embargo, la notificación en atención primaria es muy compleja. Hay grandes diferencias dentro del entorno de la atención sanitaria en términos de capacidad para notificar y buena disposición para llevarlo a cabo. Los factores que afectan al índice de notificación incluyen una falta de sistemas informáticos integrados y responsabilidades diversas de notificación entre el personal sin línea directa con altos cargos. Los contratistas profesionales independientes, tales como médicos, dentistas y farmacéuticos generales, disponen de requisitos de notificación que son diferentes de aquellos que tiene el personal de la organización de atención primaria que trabaja en diferentes entornos (incluyendo enfermeras comunitarias y profesionales sanitarios relacionados). Cada organización de atención primaria necesita considerar la mejor vía para obtener información de incidentes sobre seguridad del paciente de estos distintos, y a menudo fragmentados, grupos.

Existen también compañías de farmacia u optometría y otros contratistas independientes que actúan como una organización comercial en muchos lugares. Estas compañías también tienen sus propios requisitos específicos de gobierno corporativo, que pueden incluir la notificación para poder aprender de cualquier incidente que tenga lugar. Un formato único de notificación es ideal si se quiere reducir al mínimo la carga de notificación. Esto ayudará a cualquier profesional suplente o interino que trabaje en diferentes ámbitos, ya que recibirá solamente un formato de documento de notificación; con independencia de su emplazamiento. Por tanto ha de considerarse un formato de notificación que pueda satisfacer las necesidades de la compañía, del *trust* de atención primaria o consejo local, además de asegurar que se reduce al mínimo la carga de notificar.

En este Paso explicamos la importancia de crear una cultura de notificación local en su organización, práctica o equipo de atención primaria. Describiremos las ventajas y obstáculos de la notificación, cómo se introducirán en el Sistema de Notificación y

Aprendizaje Nacional (*NRLS*) de la *NPSA*, y cual es su significado para las organizaciones locales. También destacamos lo que pueden hacer las organizaciones de atención primaria para promover la notificación, por ejemplo, mediante la utilización de un lenguaje común sobre seguridad, y lo que puede proporcionar la *NPSA* para apoyar y ayudar.

### Los principios clave

La notificación a nivel nacional de incidentes de seguridad del paciente e incidentes evitados proporciona la oportunidad de garantizar que el aprendizaje obtenido de la experiencia de un paciente en un lugar del país es utilizado para reducir el riesgo de que suceda algo similar a futuros pacientes en otro lugar.

Todos los informes introducidos en el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje (*NRLS*) suprimirán los nombres de pacientes y personal, junto con otros datos identificativos no requeridos para los propósitos de aprendizaje.

Los análisis estadísticos del *NRLS* identificarán temas, pautas y grupos en la información. Esto formará las bases de un trabajo ulterior para determinar la escala y gravedad general de las cuestiones destacadas. La realización de este trabajo ayudará significativamente el aprendizaje local y nacional.

### ¿Por qué es importante notificar incidentes?

Como ya hemos indicado en Pasos anteriores, muchas personas reciben la mayoría de su atención sanitaria en establecimientos de atención primaria pero nuestro conocimiento sobre seguridad del paciente en esta área es limitado.<sup>1</sup> Los Pasos anteriores han descrito cómo la mayor parte de la investigación en seguridad paciente en el Reino Unido y otros países se ha realizado en el sector hospitalario, aunque se han efectuado algunos estudios académicos referidos a la seguridad del paciente en atención primaria.

Si queremos lograr un cambio tenemos que entender cómo está afectando a la seguridad del paciente tanto el aumento de la complejidad en atención primaria como los problemas encontrados por el personal comunitario tal como médicos generales.<sup>2,3</sup> Los cambios en atención sanitaria, como el alta hospitalaria anticipada, la prescripción y seguimiento de medicamentos con alto riesgo potencial (tal como metotrexato

para la artritis reumatoide) y la naturaleza cada vez más diversa de la atención primaria, están incrementando el riesgo de daño no intencionado al paciente.<sup>4</sup>

*An organisation with a memory* (Una organización con memoria) identificó una cultura del *NHS* que es rápida en culpar o buscar el castigo. También destacó que según se notifican más incidentes y existe mayor información disponible sobre fallos, se pueden realizar más actuaciones para hacer la atención sanitaria más segura. Por eso es importante que todo el personal, clínico y no-clínico, tenga la confianza y la capacidad de notificar todos los incidentes de seguridad del paciente a nivel local y nacional. Por tanto, para fomentar la notificación es necesario promover una cultura abierta y justa (descrita en el **Paso 1**) donde la notificación sea reconocida y no se culpabilice o penalice a los individuos si se expresan.

Para que la notificación funcione correctamente, la gestión, estudio y comprensión de incidentes requiere experiencia clínica, así como una buena comprensión del entorno de la atención sanitaria y de los muchos factores que pueden contribuir a un resultado negativo. La *NPSA* ha establecido el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje (*NRLS*) para que podamos comenzar a descubrir problemas de seguridad del paciente en el servicio sanitario. Esto permitirá al *NHS* aprender lecciones y desarrollar soluciones para minimizar el riesgo de que vuelva a suceder el mismo incidente.

Debe señalarse que el *NRLS* no es un mecanismo de denuncia de una situación errónea dentro de una organización. El Ministerio de Sanidad publicó una guía de denuncia de una situación errónea dentro de una organización en julio de 2003, incluyendo un paquete de políticas dirigidas a proporcionar apoyo a las organizaciones para desarrollar y/o revisar políticas y procedimientos de denuncia de una situación errónea dentro de las mismas. El paquete ha sido producido en asociación con el *Public Concern at Work*. Ello actualiza la guía existente en denuncia de situación errónea en el *NHS* contenida en *HSC 1999/198* (publicado en septiembre de 1999 siguiendo al entonces vigente *Public Interest Disclosure Act (PIDA) 1998*).

Para ser eficaz, los sistemas locales de gestión del riesgo y el *NRLS* requerirán la notificación de todos los incidentes que podrían haber o han conducido al daño, sea cual sea el nivel de gravedad. El análisis a nivel nacional permitirá actuaciones en todos aquellos servicios donde las pautas, grupos o tendencias revelen el alcance para reducir riesgos o para prevenir su recurrencia en futuros pacientes.

## El Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje

El *NRLS* proporcionará un cuerpo de información fidedigna en la cual basar análisis y recomendaciones. La notificación a nivel nacional de incidentes de seguridad del paciente y de incidentes evitados proporciona la oportunidad de garantizar que el aprendizaje obtenido de la experiencia de un paciente en un lugar del país es utilizado para reducir el riesgo de que pueda suceder algo similar en otro lugar. Es un sistema nuevo, diseñado por la *NPSA* y basado en la experiencia internacional y en las mejores prácticas.<sup>5-8</sup>. El *NRLS* es un sistema anónimo para las personas. La *NPSA* no conservará ningún nombre del personal o de pacientes. Sin embargo, la *NPSA* conocerá la identidad de la organización para incidentes notificados a través de sistemas locales de gestión del riesgo. Esto permitirá a todas las personas que proporcionan cuidado a pacientes en el *NHS* tener la confianza para notificar incidentes de seguridad del paciente.

Es importante señalar que la notificación nacional debe ser considerada como un complemento para fortalecer los sistemas locales de notificación, en lugar de una sustitución de los mismos. Aunque el *NRLS* se ha diseñado para extraer información de los sistemas locales de gestión del riesgo existentes, la *NPSA* reconoce que el personal en distintos servicios de atención requiere flexibilidad para notificar problemas de seguridad del paciente.

Cuando los incidentes de seguridad del paciente son notificados a la *NPSA*, se incorporarán en una base de datos nacional especialmente diseñada, confidencial y anónima. Serán agrupados y analizados, con aportación clínica experta y herramientas analíticas informatizadas, para ayudar a conocer la frecuencia de tipos, pautas y tendencias de incidentes de seguridad del paciente, y factores contribuyentes subyacentes<sup>a</sup>. Efectuándolo así, la *NPSA* informa el aprendizaje a nivel nacional e internacional sobre riesgos en la atención al paciente, establece prioridades de actuación y trabaja con el servicio sanitario para desarrollar soluciones prácticas de mejora de la seguridad del paciente.

---

<sup>a</sup> **Factores contribuyentes:** aquellos factores que contribuyeron al incidente, tanto si tuvo lugar como si no, los cuales son descritos con detalle en el **Paso 6**.

El *NRLS* fue desarrollado con la ayuda de 39 organizaciones del *NHS* inglesas y galesas y refleja una variedad de servicios de atención sanitaria, incluyendo atención primaria y servicios de atención comunitaria. Ha alcanzado una serie de objetivos al ser:

- sencillo;
- ágil (garantiza que completar el formulario de notificación no lleve mucho tiempo);
- aplicable a todo tipo de incidentes;
- apto para tratar requisitos especiales de servicios de atención particulares, así como los del sistema nacional de notificación.
- representativo del pensamiento actual en la seguridad del paciente.

El sistema:

- Recopilará exclusivamente informes sobre pacientes. No recopilará informes de incidentes en los que sea dañado el personal o terceras personas, tal como visitantes.
- Permitirá captar con facilidad los incidentes que impliquen a grupos de pacientes.
- Solicitará sólo la información objetiva de los hechos, en respuestas a preguntas de texto libre, en lugar de opinión.
- No registrará la fecha de nacimiento del paciente. Esto mitiga cualquier cuestión de *Caldicott*<sup>b</sup> sobre identificación del paciente. Las organizaciones de *NHS* deben considerar los requisitos de los principios de *Caldicott* cuando se informe a los pacientes que los incidentes de seguridad del paciente serán compartidos con la *NPSA*, pero asegurándoles que no será registrada ninguna información de identificación del paciente.<sup>9</sup>

---

<sup>b</sup> El informe del Comité Caldicott "Estudio de la Información sobre Identificación del Paciente" fue publicado en 1997. Este informe destacó cuestiones que demostraban la desigualdad dentro de *NHS* en cuanto a la gama de requisitos sobre confidencialidad y seguridad. El informe estableció el papel de un Guardián de Caldicott en cada organización de *NHS* incluyendo autoridades especiales sanitarias. Por tanto, los requisitos de Caldicott abarcan toda la *NPSA*.

El informe desarrolló una serie de principios generales referidos a la protección y utilización de la información del paciente, que son:

- justificar el propósito;
- no utilizar la información de identificación del paciente a menos que sea absolutamente necesario;
- utilizar la mínima y necesaria información de identificación del paciente.
- el acceso a la información de identificación del paciente debe efectuarse sobre la estricta base de "tener la necesidad de saber";
- todos deben conocer sus responsabilidades;
- hay que entender y cumplir la ley.

De la información enviada al *NPSA* por sistemas locales de gestión del riesgo se eliminará cualquier dato identificable del paciente enviado por error, antes de almacenarse en la base de datos del *NPSA*. Consecuentemente, sólo será registrada información de pacientes anónimos en el *NRLS*.

- Constará de categorías genéricas de alto nivel aplicables a todo el servicio. Estas categorías proporcionarán al *NPSA* suficiente información para detectar pautas en incidentes notificados; otra información del formulario, especialmente la de texto libre, proporcionará el relato del que podemos aprender.

### **Cómo notificar incidentes a la *NPSA***

Los profesionales sanitarios pueden notificar incidentes de diversas formas. Pueden enviar notificaciones directamente al *NRLS*, aunque siempre animaremos al personal a compartir los informes con sus organizaciones locales de atención primaria. Esto posibilitará un valioso aprendizaje y la adopción de medidas a nivel local.

Los informes serán recibidos, bien a través de una conexión técnica a los sistemas locales de gestión del riesgo, actualmente en funcionamiento en las organizaciones de atención primaria, o bien notificando directamente a la *NPSA* por medio de un formulario de notificación electrónica vía Internet (*eForm*).

Adicionalmente, para ayudar a las organizaciones de atención primaria en la notificación, la *NPSA* ha desarrollado un formulario especial para su utilización por prácticas y equipos dentro de su área de competencia. El formulario está pensado para ser utilizado como un modelo que pueda ser adaptado a sus propias necesidades de notificación. El contenido cumple los requisitos del *NRLS* así como los del *HSE*, Plan de Negligencia Clínica de los *Trusts* (*CNST*) y Fondo Común del Riesgo de Gales (*WRP*). Los directores locales de seguridad del paciente pueden facilitar a las organizaciones y equipos el modelo de formulario.

#### **Notificación mediante sistemas locales de gestión del riesgo**

Una vez integrados, los incidentes que son notificados a los sistemas locales de gestión de riesgo se comunican a través del *NRLS*. El *NRLS* puede recibir notificación de incidentes de esta forma desde todas las organizaciones, prácticas, equipos y profesionales de atención primaria incluyendo contratistas independientes. Los pacientes y sus cuidadores pueden también compartir sus asuntos sobre seguridad con la *NPSA* vía Internet con un Formulario de Notificación para pacientes y público al que se puede acceder en:

**[www.NPSA.nhs.uk/pleaseask](http://www.NPSA.nhs.uk/pleaseask)**

## **El Formulario electrónico de Internet (eForm)**

El eForm se puede encontrar en la página Web de la *NPSA* en **[www.NPSA.nhs.uk/staffreports](http://www.NPSA.nhs.uk/staffreports)**. El personal puede seguir este vínculo y acceder directamente al formulario.

El personal o contratistas de atención primaria que notifiquen incidentes al *NRLS* tendrán la oportunidad de notificar a través del formulario electrónico. El formulario electrónico es un formulario de notificación electrónica de uso sencillo que normalmente ocupa menos de diez minutos para completarlo. Hay formularios electrónicos para OAT (organizaciones de atención primaria), práctica general, farmacia, odontología y optometría. Cuando se notifique directamente a la *NPSA* por medio del formulario electrónico, el personal será animado a compartir la información con su organización local para maximizar el aprendizaje local tanto como el aprendizaje nacional. Al informador se le darán varias opciones:

- compartir la información con su organización local del *NHS* - esto es especialmente aconsejable para contratistas independientes tales como médicos, farmacéuticos, dentistas y optometristas cuando lo envían a su organización de atención primaria;
- si optan por compartir el incidente con su organización local, pueden hacerlo compartiendo o no sus detalles personales;  
o
- si prefieren no compartir la información con su organización local, le será ofrecido al personal el completo anonimato en la notificación, y no tendrá que identificarse ni ante su equipo ni ante su organización, si esa es la única forma de que se sientan dispuestos a notificar un incidente.

La vía anónima está pensada para actuar como una "alternativa segura al silencio", asegurándose el aprendizaje a nivel nacional incluso, en su caso, aunque no se produzca a nivel local. La *NPSA* hará un seguimiento de pautas en el número de incidentes notificados de este modo e informará a las organizaciones locales en relación con lecciones comunes que pueden aprenderse y actuar sobre ellas.

La *NPSA* supervisará la notificación de todas las diversas vías y compartirá las lecciones aprendidas registrando la información. El *NRLS* podrá identificar cuántos incidentes están asociados a concretos servicios o especialidades y examinar temas y factores comunes.

## Beneficios de la notificación

Notificar:

- Ayudará a crear un panorama general de la seguridad del paciente en el servicio sanitario a nivel nacional. Con el tiempo, el análisis estará disponible para que las organizaciones puedan compararse frente a otras organizaciones similares - para formación y aumentar la conciencia.
- Dará mayor peso a la notificación local y asegurar que los incidentes son considerados con mayor seriedad a nivel directivo y del consejo.<sup>2</sup>
- Ayudará a las personas y organizaciones a aprender porqué suceden incidentes a través de la identificación de incidentes que requieran análisis de causa raíz o investigaciones de auditoría de sucesos significativos. Las investigaciones locales ayudarán a desarrollar soluciones nacionales para reducir las posibilidades de recurrencia y gravedad de incidentes a nivel local.
- Ayudará a la *NPSA* a dar prioridad a su programa de trabajo.
- Aumentará el conocimiento sobre seguridad del paciente y, sucesivamente, aumentará la confianza del paciente y del público de que se están realizando actuaciones para mejorar la seguridad paciente.

Los beneficios de la notificación son:

- Notificar incidentes proporciona evidencia para dirigir recursos de un modo más eficaz. Se identifican áreas de cambio y mejora tanto en la atención al paciente como en la seguridad del paciente.
- Una notificación a tiempo puede ayudar a aumentar la receptividad, particularmente cuando se emprenden investigaciones. También permite al personal ser abierto con los pacientes y sus cuidadores desde el principio.
- Incidentes de seguridad del paciente originados en atención secundaria pueden ser recogidos en atención primaria cuando se da de alta al paciente - identificándolos se puede mejorar la interacción entre la atención secundaria y primaria.
- Las organizaciones pueden prepararse diligentemente para reclamaciones y litigios potenciales. Una información más detallada sobre un incidente de seguridad del paciente proporcionada a los pacientes y sus cuidadores desde un primer momento puede conducir a menos quejas y demandas judiciales, por lo que ahorra tiempo y recursos.



- Las ventajas financieras surgen por la reducción de la gravedad de los incidentes, por ejemplo, reducción de costes del tratamiento y/o reducción del tiempo de estancia.<sup>10</sup>
- El *NPSA* aspira a trabajar con soluciones a nivel nacional. Entonces pueden realizarse cambios para ayudar a reducir el potencial de error, por ejemplo, trabajando con fabricantes y diseñadores para realizar cambios en el empaquetado, etiquetado, material y proceso de diseño. La *NPSA* comunicará regularmente al servicio sanitario las lecciones que son aprendidas y los cambios recomendados para prevenir errores o recurrencia de fallos de sistemas. Es extremadamente importante que el personal reciba respuestas y entienda la importancia de la notificación de incidentes para que estos cambios puedan producirse

### Terminología y definiciones

La *NPSA* ha desarrollado un lenguaje común sobre la seguridad paciente, siguiendo un estudio global de terminología y definiciones de seguridad, junto con una serie de talleres de trabajo con organizaciones locales de servicio sanitario, gestores de riesgo, pacientes y público. La tabla 1 precisa los términos seleccionados por la *NPSA*, su significado, y los términos que piensan modificarse. Debe observarse que estos términos no son generalmente de uso internacional y deberían ser adoptados mientras progresa el trabajo sobre una taxonomía internacional.

La *NPSA* también ha desarrollado un conjunto de datos estandarizados para notificación de seguridad del paciente. Esto posibilitará por primera vez en el *NHS* una notificación y análisis consecuente a nivel nacional, así como crear un enfoque coherente en sistemas de gestión del riesgo en el servicio sanitario. El conjunto de datos está disponible en su totalidad en la página de la *NPSA* en Internet.

Los proveedores locales del software del sistema de gestión del riesgo están integrando este conjunto de datos en sus productos. Consecuentemente, si las personas optan por notificar incidentes a su sistema local de gestión del riesgo, y el sistema está vinculado al *NPSA*, estarán notificando automáticamente al *NRLS* sin ninguna carga adicional para la persona que está notificando o para su organización.

**Tabla 1**  
**Términos seleccionados por la NPSA para notificación de incidentes**

Términos anteriores	Términos nuevos
Riesgo clínico	<b>Seguridad del paciente:</b> la identificación, análisis y gestión de riesgos e incidentes relacionados con el paciente, para realizar una asistencia sanitaria más segura y minimizar el daño a los pacientes.
Incidente adverso Suceso adverso Incidente clínico Incidente crítico Error médico Error clínico Equivocación médica Suceso centinela	<b>Incidente de seguridad del paciente:</b> cualquier incidente involuntario o inesperado que podría conducir o condujo al daño a una o más personas que recibían asistencia sanitaria financiada por el NHS. "Incidente de seguridad del paciente" es un término paraguas que se utiliza para describir un único incidente o serie de incidentes que ocurren en un periodo de tiempo. Términos como adverso, error o equivocación sugieren causalidad y culpa individual. Error médico en particular sugiere que la causa principal es la profesión médica.
Suceso sin daño	<b>Incidente de seguridad del paciente</b> (nivel de gravedad sin daño): un incidente de seguridad del paciente que no causó ningún daño pero que no fue prevenido ("impacto no prevenido") o un incidente de seguridad del paciente que fue prevenido.
Casi fallo	<b>Incidente de seguridad del paciente</b> (prevenido): cualquier incidente de seguridad del paciente que tenga potencial para causar daño pero que fue evitado, dando como resultado la ausencia de daño a los pacientes que recibían asistencia sanitaria financiada por el NHS.

El término "casi fallo" fue introducido en atención sanitaria a mediados de los noventa, sin embargo:

- La investigación ha demostrado que los casi fallos son escasamente notificados porque el personal no entiende lo que son.<sup>11</sup>
- Los pacientes y el público relacionan el casi fallo con accidentes de aviación o de tráfico y generalmente asociados al casi choque entre dos aviones o automóviles. Por tanto, la sensación de los pacientes y del público es que se trata de un término inadecuado en el contexto sanitario.

De hecho, un “casi fallo” debería describirse como un incidente de seguridad del paciente que o bien tenía el potencial para causar daño o bien fue prevenido de causar daño a uno o más pacientes. El hecho en sí de que dos aviones experimenten un “casi fallo”, significa que el incidente ha sucedido, por ejemplo, dos aviones volaron demasiado cerca. Un incidente de seguridad del paciente prevenido podría ser un incidente que fue evitado por una actuación, por un colega advirtiéndole que un error iba a suceder antes de que la equivocación se produjese, por ejemplo, un dentista que va a extraer el diente equivocado o un médico prescribiendo diariamente metotrexato en lugar de semanalmente, siendo interceptado por el farmacéutico. Ambos incidentes no causaron ningún daño, pero podían haberlo causado.

Es fundamental que los incidentes evitados o potenciales sean notificados y analizados de la misma forma que otros incidentes. Éstas son formas realmente óptimas de aprender sobre las barreras o controles que existen, o sobre las actuaciones realizadas para evitar que un incidente tenga un impacto.

### **Clasificación de incidentes según el daño**

La atención proporcionada a los pacientes puede también llevar a varios niveles de daño, como consecuencia del tratamiento, de una atención ineficaz, de un error humano, o daño como resultado de los procedimientos del sistema de prestación de atención. Los efectos de los incidentes de seguridad del paciente van más allá del impacto de la propia lesión física en sí misma. Los pacientes y sus familias pueden sentirse defraudados por aquellos en quienes confiaban. El incidente también puede llevar a un dolor innecesario, terapia adicional o intervenciones, y tiempo adicional de atención comunitaria o incluso de estancia hospitalaria. Las lesiones psicológicas tales como estado de shock, ansiedad, depresión, incertidumbre sobre la recuperación, miedo al tratamiento futuro e interrupción del trabajo y vida familiar son solo algunos de los efectos posibles que siguen a un incidente de seguridad del paciente.<sup>12</sup>

Mediante la clasificación de incidentes de seguridad del paciente o incidentes evitados según el impacto o daño causado a los pacientes, las organizaciones de atención primaria pueden asegurar una información consistente y comparable. Este enfoque consistente a nivel local permitirá al *NPSA* comparar y analizar la información a nivel nacional.

Aunque el sistema nacional no lo requiere, las organizaciones locales también pueden querer clasificar incidentes por daño potencial, probabilidad de recurrencia, impacto tal como publicidad adversa o pérdida de confianza pública (teniendo en cuenta que

esto es difícil de cuantificar), o el coste potencial de daños por litigios.

**Tabla 2**  
**Términos y definiciones de la NPSA para clasificar incidentes de seguridad del paciente**

Términos anteriores	Términos nuevos
Ninguno/insignificante	<p>Ningún daño:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impacto prevenido</b> - Cualquier incidente de seguridad del paciente que tuviera potencial para causar daño pero fue evitado, dando como resultado la ausencia de daño en las personas que reciben atención financiada por el NHS.</li> <li>• <b>Impacto no prevenido</b> - cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido pero que no causó daño en las personas que reciben atención financiada por el NHS.</li> </ul>
Bajo/leve	<b>Bajo:</b> Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiriese observación adicional o tratamiento menor <sup>d</sup> y que causó un daño mínimo a una o más personas que reciben atención financiada por el NHS.
Moderado	<b>Moderado:</b> Cualquier incidente de seguridad del paciente que produjese un aumento moderado del tratamiento <sup>e</sup> y que causó un daño significativo pero no permanente a una o más personas que reciben atención financiada por el NHS.
Grave/considerable	<b>Grave:</b> Cualquier incidente de seguridad del paciente que haya producido un daño permanente <sup>f</sup> a una o más personas que reciben atención financiada por el NHS.
Muerte/catastrófico	<b>Muerte:</b> Cualquier incidente de seguridad del paciente que directamente diera lugar al fallecimiento <sup>g</sup> de una o más personas que reciben atención financiada por el NHS.

<sup>d</sup> **Tratamiento menor** es definido como primeros auxilios, terapia adicional, o medicación adicional. No incluye ninguna estancia hospitalaria adicional o ningún periodo adicional como paciente externo, o tratamiento continuado mayor o menor que el ya previsto. Tampoco incluye una nueva cirugía o reingreso.

<sup>e</sup> **Aumento moderado del tratamiento** es definido como una nueva cirugía, un reingreso imprevisto, un episodio prolongado de cuidado, tiempo adicional en el hospital o como paciente externo, cancelación del tratamiento, o traslado a otra área como consecuencia del incidente, tal como cuidados intensivos.

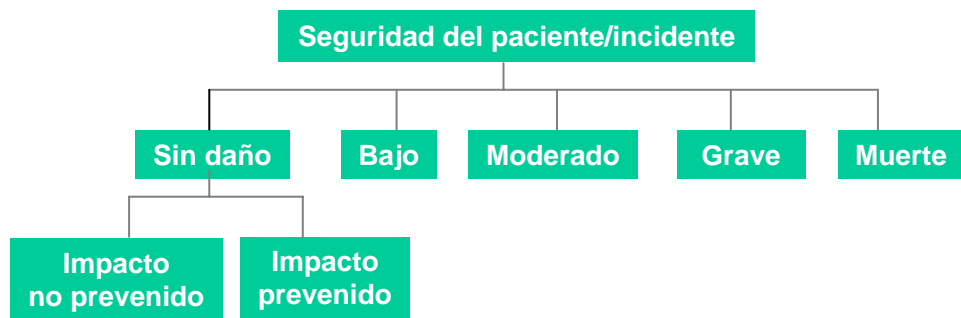
<sup>f</sup> **Daño permanente** directamente relacionado con el incidente y no relacionado con el curso natural de la enfermedad o condición subyacente del paciente, es definido como disminución permanente de las funciones corporales, sensoriales, motoras, psicológicas o intelectuales, incluyendo la extirpación errónea de un miembro u órgano, o daño cerebral.

<sup>g</sup> La **muerte** debe estar relacionada con el incidente más que con el curso natural de la enfermedad o condición subyacente del paciente.

## Circunstancias atenuantes

Cuando se notifique al *NRLS*, se solicitará a las organizaciones de atención primaria y a los informadores que determinen los factores o actuaciones atenuantes que fueron realizadas para reducir el nivel de daño e impacto para el paciente. Cada incidente de seguridad del paciente puede tener un elemento de reducción del riesgo. Incluso un incidente grave, por ejemplo, pudo haber encontrado una actuación o recuperación parcial que evitase que el incidente condujera a la muerte de un paciente. En algunos incidentes, incluso la “muerte” podría atenuarse, en términos del número de pacientes fallecidos (por ejemplo: una persona murió en lugar de diez debido a las actuaciones realizadas en el momento).

**Gráfico 1: Niveles de gravedad del daño**



El conjunto de datos de la *NPSA* permitirá la recopilación de información sobre factores contribuyentes, actuación realizada para minimizar el incidente y actuaciones preventivas. Estos datos son una valiosa fuente de información sobre seguridad porque facilitan el aprendizaje de estrategias de recuperación que las personas pueden utilizar para dar respuesta a los problemas.

## ¿Qué debería ser notificado?

Los incidentes que deben ser notificados incluyen:

- Aquellos que dañaron a pacientes.
- Aquellos que no condujeron al daño porque fueron evitados antes de afectar al paciente. Su notificación significa que podemos aprender sobre qué actuaciones previenen los incidentes y cómo pueden compartirse en diferentes circunstancias.

## Componentes de un incidente de seguridad del paciente

El análisis de incidentes utilizando una metodología sólida se describe con detalle en el **Paso 6**. Sin embargo, hay una serie de componentes que necesitan ser considerados cuando se estudian incidentes en orden a mejorar la seguridad del paciente.

Los factores causales juegan un papel significativo en cualquier incidente de seguridad del paciente. Eliminarlos puede prevenir o reducir la posibilidad de que vuelva a suceder un incidente similar. Normalmente existe más de un factor causal en cualquier incidente. Los factores causales se clasifican en los grupos siguientes:<sup>3</sup>

### Fallos activos

Son acciones u omisiones que a veces son denominados “actos inseguros”. Son actuaciones realizadas por el personal sanitario en primera línea que está en contacto directo con los pacientes, e incluyen equivocaciones, fallos, errores o incumplimientos de un procedimiento, guía o política. Generalmente de breve duración y a menudo imprevisibles, están influenciados por las condiciones latentes del sistema y factores contribuyentes, tal como estrés, formación y evaluación inadecuada, supervisión defectuosa o gran carga de trabajo.

### Ejemplos de fallos activos

- Errores relacionados con la medicación, aquellos que se producen como consecuencia de la prescripción de una medicación o dosis incorrecta, por malinterpretar la prescripción correcta o las instrucciones prescritas, o por utilizar vías de administración incorrectas. Por ejemplo, el refrigerador de medicamentos en una consulta odontológica se aprovisiona regularmente con nuevos suministros. Los suministros anteriores se colocan normalmente delante y los suministros nuevos se colocan detrás. Sin embargo, este sistema puede olvidarse y puede proporcionarse a un paciente un medicamento que esté caducado.
- Error de diagnóstico, tal como un diagnóstico equivocado que conduce a la elección de una terapia incorrecta, fallos al utilizar una prueba de diagnóstico indicada, mala interpretación de los resultados de la prueba y fallo de actuación en resultados anormales.
- Fallo del material, tal como desfibriladores sin baterías.

- Fallo de comunicación, por ejemplo, un paciente llama por teléfono para solicitar una cita médica. La recepcionista que recibe la llamada está muy ocupada y, en lugar de buscar el libro de citas, escribe los detalles de la cita en un papel para registrarlo más tarde en el libro de citas. La recepcionista lo olvida y la cita se pierde.

### **Condiciones latentes del sistema**

Son los factores subyacentes, no inmediatos, que pueden conducir a incidentes de seguridad del paciente. Están relacionados con los aspectos del sistema en el que trabajan las personas. Son generalmente acciones o decisiones adoptadas al más alto nivel de una organización, que aparentan haber sido apropiadas y correctas en su momento, pero pueden crear problemas potenciales dentro del sistema. Estos factores pueden permanecer inactivos y desconocidos por un cierto tiempo. Alternativamente, pueden ser reconocidos pero modificarlos no es una prioridad. Las condiciones latentes combinadas con las condiciones locales (fallos activos y factores contribuyentes) crean el potencial para que sucedan incidentes.

### **Ejemplos de factores latentes en el sistema**

**Planificación:** los niveles de dotación y turnos de personal consideran el permiso por enfermedad y permiso por vacaciones, pero fallan al realizar previsiones para circunstancias extremas con gran número de personal enfermo y servicios para pacientes que son suspendidos.

**Diseño:** diseñar una consulta nueva, o práctica, sin considerar grupos vulnerables, tales como niños o pacientes de salud mental, y dejar accesible material peligroso.

**Diseño de políticas:** los factores latentes en atención primaria pueden ser afectados también por el diseño de políticas en atención secundaria, por ejemplo, puede haber una política en atención secundaria en relación a la toma de medicamentos en el domicilio, que no tiene en cuenta dificultades puntuales para obtenerlos en la farmacia (por ejemplo, días de fiesta como la Navidad) o medicamentos poco frecuentes que pueden no encontrarse en las existencias locales; teniendo todo ello repercusiones en prácticas locales y pacientes.

**Comunicación:** puede que no se hayan establecido estructuras y procedimientos para que el personal de atención primaria pueda compartir y aprender de incidentes de seguridad del paciente, lo cual significa que las lecciones fundamentales no son aprendidas en la organización, práctica o equipo.

## **Incumplimientos**

Ocurren cuando los profesionales o equipos se equivocan al seguir un procedimiento, política o directriz (o eligen no seguirlo) por razones diversas, incluyendo:

- **conciencia:** pueden no ser conscientes del procedimiento, política o directriz;
- **presión:** presiones externas, tales como la carga de trabajo, objetivos, o dotación de personal, producen una desviación;
- **circunstancias:** la situación clínica impone una desviación, tal como “por el mejor interés del paciente”;
- **habitualidad:** se convierte en hábito (“así es como lo hacemos siempre en esta organización”) o las personas “evitan la responsabilidad” por cierto tiempo;
- **aplicabilidad:** el procedimiento, política o directriz no funciona; o bien ha sido superado por uno nuevo que aún no ha sido completado.

Incumplir un procedimiento, política o directriz no necesariamente significa realizar algo incorrecto; de hecho puede ser un suceso bastante común en atención sanitaria. La atención sanitaria es a menudo una combinación de reglas, procedimientos y juicio clínico experto. Puede ocurrir, tal como exponíamos anteriormente, que la directriz vigente esté obsoleta o no sea aplicable al no haberse reflejado por escrito. También puede ocurrir que se requiera del personal y equipos utilizar su propio criterio por el mejor interés de un paciente en particular. Una organización basada simplemente en reglas que nunca incumple políticas o procedimientos, podría ser considerada incluso con más riesgo que aquella que permite incumplimientos en ciertas circunstancias.<sup>13</sup> Ello requiere de nuevo un enfoque equilibrado.

## **Factores contribuyentes**

La clasificación completa de factores contribuyentes de la *NPSA* está disponible en la página de Internet de la *NPSA*: **[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)**. Estos son factores que pueden contribuir a un incidente en relación a lo siguiente:

### **Otras consideraciones cuando se analiza un incidente:**

**Sincronía:** es el punto en el cual los factores causales se combinan con fallos en el sistema (defensas o controles) lo que conduce a que se produzca un incidente.<sup>3</sup>



**Consecuencias:** son las relativas al impacto que un incidente puede causar, clasificándose desde ningún daño para el paciente, hasta varios niveles de severidad del daño: bajo, moderado, grave y muerte.<sup>3</sup>

**Factores atenuantes:** algunos factores, activos o inactivos (como casualidad o suerte), pudieron haber mitigado o minimizado un resultado más grave. Es importante que estos factores también sean extraídos durante cualquier investigación ya que las lecciones pueden ser utilizadas para apoyar y promover una buena práctica de seguridad.

### Notificación de incidentes en atención primaria

El objetivo principal de cualquier sistema de gestión del riesgo desarrollado en atención primaria es que se ajuste a las circunstancias particulares y requisitos locales. Algunas organizaciones de atención primaria han adquirido un sistema de gestión del riesgo local y han instalado terminales en cada práctica general para ser utilizadas por los equipos. Algunas han decidido utilizar el documento electrónico de la *NPSA* como único mecanismo de notificación.

Es evidente que una de las áreas clave para el cambio son los requisitos de notificación de los contratistas independientes. No sólo tienen que tener mecanismos internos para saber lo que está fallando en su práctica, sino que necesitan sistemas para informar a su *trust* local de atención primaria o consejo sanitario local, de conformidad con el contrato de Servicios Médicos Generales (GMS) y políticas de la organización.

Un programa de notificación óptimo depende de una cultura abierta y justa, en la cual pueda apoyarse el personal cuando las cosas han fallado, tal como se describe en el **Paso 1**. En Inglaterra y Gales hay una serie de organizaciones que pueden ser consultadas por todas las organizaciones de atención primaria en relación a sus procedimientos disciplinarios. Éstas incluyen: comités médicos locales (*LMC*), cuerpos reglamentarios que representan a todos las prácticas generales del *NHS* en un área particular; comités farmacéuticos locales, (*LPC*), comités odontológicos locales (*LDC*), las Asociaciones Británicas Médicas y Odontológicas (*BMA*, *AOE*), y los colegios profesionales.

Un aspecto clave del servicio de atención primaria será la interrelación entre los servicios de atención primaria y secundaria. Los emplazamientos de atención primaria deben identificar cuestiones que hayan sucedido en la atención hospitalaria o en la atención en la ambulancia, o viceversa, por ejemplo, medicación incorrecta, problemas en el alta, pruebas de seguimiento,

información inadecuada en el ingreso, etc. Estos incidentes deben ser notificados localmente con la organización de atención primaria y compartidos con los autores del incidente, para permitir el aprendizaje en todos los servicios de atención.

### **Aumentar la notificación**

Es importante que todo el personal conozca qué incidentes de seguridad del paciente deben notificarse, cómo notificarlos y cuáles son los beneficios. Los sistemas de notificación de incidentes necesitan estar bien definidos y ser sencillos de utilizar. Los factores clave del éxito tanto de los sistemas locales como nacionales son el conocimiento de las barreras para la notificación y el desarrollo de una cultura de notificación que sea abierta y justa. Los consejos para aumentar la notificación son:

- Hacer sencilla la notificación, y comunicarlo ampliamente.
- Garantizar una respuesta oportuna y valiosa – uno de los retos más importantes de la agenda de seguridad del paciente y fundamental para asegurar una notificación continuada.
- Proporcionar sesiones continuas de formación para explicar el proceso y los beneficios y demostrar la importancia de la notificación. Utilizar ejemplos de cambio para mostrar cómo pueden realizarse los cambios.
- Informar a todo el personal para su orientación, incluyendo todas las categorías de personal y profesiones.
- Difundir la información de seguridad a través de boletines informativos, páginas de Intranet locales, presentaciones, reuniones enfocadas en seguridad, sesiones informativas sobre seguridad, visitas directivas, etc.
- Difundir casos que hayan finalizado con éxito, buena práctica y consejos de mejora.
- Garantizar apoyo al liderazgo clínico y directivo.
- Proporcionar un “paquete de notificación” con información sobre antecedentes, contactos clave, roles y responsabilidades, ejemplos de notificaciones de respuesta, definiciones de seguridad del paciente, etc.
- Empezar investigaciones y auditorías de niveles de notificación, evaluar el porcentaje de personal que notifica (normalmente entre el 70 y 80 por ciento de la notificación proviene del personal de enfermería, y entre el dos y tres por ciento por parte de médicos) y enfocar presentaciones y formación a los que tienen un bajo nivel de notificación. Conocer qué les facilitaría realizar la notificación y demostrar qué beneficios particulares pueden obtener.

## **Obstáculos para la notificación**

Si las organizaciones desean mejorar la cultura de notificación en el *NHS*, y por tanto ganar la confianza del personal, hay una serie de obstáculos para la notificación que el servicio sanitario debe superar:<sup>2</sup>

- **Sentido del fracaso:** hay una cultura profesional que personaliza el error y busca y espera la perfección. Los profesionales sanitarios están formados para exigirles siempre altos modelos de actuación, y algunos encuentran difícil reconocer y aprender de los casos que no han finalizado tan bien como se esperaba.
- **Miedo a culpabilizar:** las actitudes del público y medios de comunicación, en relación con la responsabilidad de los profesionales sanitarios, muestran una tendencia a buscar a alguien para culpabilizarle si las cosas fallan. Hay una percepción de que notificar es como “contar cuentos” sobre otro personal, tanto en como entre equipos y servicios de atención. Puede ser utilizado como un modo de traspasar la culpa a otros. Los contratistas independientes pueden preocuparse ante el hecho de que la notificación de incidentes pueda ser percibida como la evidencia de una actuación deficiente y ponga en peligro el trabajo futuro con las organizaciones de atención sanitaria. Una cultura abierta y justa es tratada en el **Paso 1**.
- **Notificaciones utilizadas fuera de contexto:** los profesionales sanitarios están preocupados por el hecho de que la información sobre seguridad y calidad pueda ser interpretada por el público o los medios de comunicación de forma incorrecta, sin tener suficientemente en cuenta factores tales como la gravedad de la enfermedad del paciente o la complejidad del cuidado proporcionado.
- **Miedo al incremento del riesgo médico-legal:** una fuente de preocupación de los profesionales sanitarios es el potencial de acciones legales como resultado de la discusión, revisión, análisis y exposición de la información generada por actividades de mejora de la calidad y seguridad.
- **Los beneficios de la notificación no están claros:** una falta de conocimiento y respuesta de incidentes notificados significa que el personal no percibe resultados positivos. Los cambios pueden llevar mucho tiempo para el personal antes de considerar cualquier beneficio, particularmente los que modifiquen tareas cotidianas dentro del *NHS*. Los incidentes de menor importancia ocurren todos los días, así que el personal tiene la sensación de que van a emplear más tiempo en rellenar formularios que atendiendo a los pacientes. Notificar algo que no ha afectado al paciente (por ejemplo, incidentes de seguridad del paciente que

fueron evitados) es considerado algo sin sentido y que toma mucho tiempo.

- **Falta de recursos:** falta de personal para encargarse del trabajo comprometido, falta de tiempo para notificar y rellenar un formulario, y falta de financiación para mantener el desarrollo de soluciones.
- **“No es mi trabajo”:** la notificación de incidentes puede ser considerada como responsabilidad exclusiva de los profesionales clínicos.
- **Falta de definiciones claras:** ello conduce a la confusión sobre qué y cuándo notificar.
- **Dificultad en la notificación:** la notificación de incidentes puede ser considerada como algo complicado y en lo que debe invertirse mucho tiempo, por ejemplo, implicar notificación detallada de información a múltiples sistemas para diversos tipos de incidentes.

### Confidencialidad y anonimato

La *NPSA* necesita maximizar la confianza de todo el personal de *NHS*, de contratistas y del público para fomentar una notificación de incidentes de seguridad del paciente espontánea, exacta, oportuna y completa. El personal clínico puede estar inquieto ante la notificación porque no están seguros de lo que la *NPSA* hará con la información, o puede preocuparles que la información se introducirá en un “agujero negro”. Por tanto, todos los informes incorporados en el *NRLS* suprimirán los nombres de los pacientes y del personal, junto con otros datos identificativos no requeridos para el propósito de aprendizaje. La información suprimida no se almacenará.

Para permitir una respuesta eficaz y para mejorar la calidad del *NRLS*, la base de datos registrará la identidad de la organización que envía los informes. Esta información será incorporada en la base de datos del *NRLS*, a menos que el informe se dirija directamente al *NPSA* vía formulario electrónico por Internet y el informador decida no identificar la organización implicada. Conservando el identificador de la organización permitirá al *NPSA* conseguir su propósito de aprendizaje nacional. Por ejemplo, tendremos la capacidad de trabajar directamente con las organizaciones de atención primaria donde haya un patrón de preocupación que emerja de nuestros análisis de datos.

Los beneficios de conservar la identidad de la organización son:

- un análisis mejorado con la capacidad de examinar incidentes en el contexto del tipo de organización (incluyendo envergadura y complejidad);
- la capacidad de responder a las notificaciones de organizaciones de atención primaria a través del sistema de gestión local del riesgo;
- la capacidad de requerir el enfoque en el análisis de causa raíz para los incidentes principales;
- la oportunidad para que se conecten foros nacionales y regionales y facilitar un aprendizaje más amplio de los análisis enfocados en la causa raíz;
- recopilaciones de información específica seleccionada de las organizaciones;
- soluciones seleccionadas más que genéricas;
- si los informadores eligen compartir el incidente con su organización local de atención primaria, la información será compartida con esa organización.

Para garantizar que se mantiene el anonimato del personal y de los pacientes, la *NPSA*:

- Eliminará toda la información que pueda identificar al personal o a pacientes: lo ideal sería que la *NPSA* recibiera informes en un formulario donde no se identifique al personal o a los pacientes implicados. En el supuesto de que se incluya información sobre la identidad en la notificación del incidente recibido vía un sistema local de gestión de riesgo o formulario electrónico vía Internet (eForm), será suprimida mediante un programa informático de limpieza antes de ser registrada en la base de datos de *NRLS*. Cualquier información identificativa que pase por esta etapa será depurada por el equipo de eliminación de datos.
- Proporcionará un análisis anónimo: cuando la información sea puesta en conocimiento público, la información y estadísticas se presentarán y agruparán para garantizar que no puedan ser identificadas inadvertidamente unidades particulares o personas.

## Respuesta, aprendizaje e información compartida

La importancia de la respuesta no puede ser subestimada. Cuando el personal presenta un informe al *NPSA*, se acusará recibo al instante y la información será compartida. Esto se conoce como “rebote” (*bounceback*). Por ejemplo, los informadores pueden ser asesorados en la página Web de la *NPSA*, donde pueden encontrar información actualizada sobre lecciones aprendidas y soluciones de seguridad relevantes para su incidente. Con el tiempo, la *NPSA* también elaborará regularmente informes sin datos identificativos que estarán disponibles en la página Web; mostrando las tendencias, cuestiones y soluciones generales originadas.

La *NPSA* está estableciendo mecanismos para analizar la información notificada y priorizar, revisar y asesorar sobre patrones. Cuando un patrón sea seriamente preocupante, la *NPSA* examinará con más detalle sus causas en consulta con las organizaciones pertinentes. La producción de este trabajo apoyará el aprendizaje local y nacional.

La información del *NRLS* será analizada por el software que agrupa y reconoce grupos de características subyacentes. Los temas, patrones o grupos que son identificados en la información formarán las bases del trabajo ulterior para determinar la escala y severidad general de cualquier cuestión destacada.

## ¿Qué deben hacer los prestadores de atención primaria?

Actualmente, el personal de atención sanitaria que trabaja en el servicio debe familiarizarse con varios sistemas diferentes dondequiera que vayan, y a menudo existe falta de claridad sobre qué cuestiones deben notificarse, cómo y a quién. En esta sección explicamos resumidamente algunas de las cuestiones que deben abordarse para ayudar a los profesionales a notificar a nivel local. También hemos destacado cómo está trabajando la *NPSA* para apoyar este proceso.

### 1 Adoptar un lenguaje común para notificar

Definiciones claras y estandarizadas relativas a la seguridad del paciente son fundamentales para el éxito de cualquier sistema de notificación de incidentes. Proporcionan consistencia y posibilitan que la información pueda agruparse a nivel nacional.

## 2 Conectar los sistemas de notificación local con el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje

La implantación del *NRLS* comenzó en 2004. Introducir el *NRLS* puede requerir de las organizaciones, prácticas y equipos de atención primaria cambiar el modo en que se registran y notifican internamente incidentes de seguridad del paciente. Aunque habrá variaciones en la forma de notificar por los profesionales al *NRLS*, los tres fundamentos básicos para que tenga éxito la notificación son los siguientes:

**Conocimiento y entendimiento:** las personas tendrán que conocer sobre la *NPSA* y particularmente el *NRLS*. Necesitan comprender qué es lo que se les está pidiendo, y en particular qué se requiere localmente, qué hará el *NRLS* a nivel nacional, y cómo se vinculan estos dos niveles de actividad.

**Disposición y planificación:** los profesionales tendrán que evaluar su propia disposición para la implementación del *NRLS*; en particular su enfoque elegido para notificar incidentes de seguridad del paciente al *NPSA*. Después necesitarán desarrollar un plan de implantación para establecer el enfoque acordado para captar información.

**Instalación y conectividad:** los responsables de sistemas de información locales necesitarán acceso al soporte técnico de la *NPSA* (y al proveedor local del sistema de gestión del riesgo cuando sea necesario) para garantizar el establecimiento óptimo de los servicios de captación de información. También necesitarán asistencia para planificar la información; bien por su propio personal, proveedores y/o apoyo de la *NPSA*. Los pasos clave relacionados con la implantación son:

- todos los *trusts* y consejos locales sanitarios de atención primaria deberán designar un representante local para la implantación del *NRLS* dentro de un periodo de tiempo concreto (en muchos casos este representante será probablemente el director de riesgo de la organización);
- el representante local y el director de seguridad del paciente de la *NPSA* (quien habrá ya establecido contactos con sus responsables locales de seguridad del paciente) necesitarán trabajar conjuntamente para acordar un plan de implantación;
- el representante local debe decidir la forma elegida de notificación al *NPSA*.

### ¿Cómo puede ayudar la *NPSA* con la conectividad?

Para ayudar a los *trusts* y consejos locales sanitarios de atención primaria a desarrollar sus planes de implementación local, y apoyar la puesta en marcha del *NRLS*, la *NPSA*:

- **Les apoyará** para entender el *NRLS* y decidir su vía preferida de notificación utilizando folletos informativos y reuniones personales. Los directores de seguridad del paciente dirigirán la mayor parte de este trabajo con un equipo de implantación para asistencia y apoyo.
- **Desarrollará y acordará** conjuntamente con los directores de seguridad del paciente un plan global de implantación basado en los planes de implementación locales y acuerdos/vínculos con proveedores locales.
- **Coordinará y programará** la planificación acordada de la información, la instalación técnica y las fechas para formación en el análisis de causa raíz.
- **Realizará** sesiones de trabajo de planificación de la información, involucrando principalmente al personal de la *NPSA* y directores locales de gestión del riesgo, para planificar las bases de datos locales con el conjunto de datos nacional, y después validar la planificación acordada de información con los modelos de la *NPSA*.
- **Apoyará la instalación técnica**, involucrando fundamentalmente al equipo informático de la *NPSA*.
- **Aprobará una fructífera conectividad**, involucrando fundamentalmente al equipo informático de la *NPSA*.

### Funciones de apoyo

**Departamento de ayuda:** está pensado, allí donde sea posible, para tratar en primera instancia las dudas de las organizaciones de atención primaria por el responsable de seguridad del paciente competente. Se puede obtener información adicional del departamento de ayuda de implantación del *NRLS*: en el teléfono 020 7927 9500.

Estará disponible asesoramiento detallado sobre cómo conectarse y sobre la implantación del *NRLS* a través de los responsables de seguridad del paciente de la *NPSA*.



**Lista de control de estudios de disponibilidad del NRLS:** el papel de la lista de control es doble. Ayudará a las organizaciones de atención primaria a revisar sus procedimientos de notificación de incidentes - guiándoles en cuestiones técnicas, de notificación, gestión del cambio y volumen de trabajo. La lista de control también ayudará a la NPSA a conocer más de las organizaciones de atención primaria (por ejemplo: procedimientos de gestión del riesgo, programa informático utilizado y contactos principales). Esto será utilizado por el director de seguridad del paciente como herramienta estructurada para trabajar con las organizaciones de atención primaria.

**Plantilla de planificación para implementación del NRLS:** proporcionará a la NPSA un modelo consistente para el proyecto global y gestión de actuación en la implementación del NRLS. Puede ser utilizado también para desarrollar los propios planes de implantación local del NRLS.

**Plantillas de formularios electrónicos:** para ser utilizadas por las organizaciones de atención primaria si deciden adaptar sus actuales sistemas de notificación en papel escrito para proporcionar toda la información requerida del NRLS. Se sugiere que sean proporcionadas por el responsable de seguridad del paciente bajo petición.

## Ejemplos de incidentes de atención primaria según su gravedad

### **Ningún daño (impacto no prevenido):**

- Dos pacientes con el mismo nombre tienen sus historiales mezclados; esto se detecta cuando el paciente es visto de nuevo (por ejemplo, en una consulta de medicina general) antes de cualquier diagnóstico o tratamiento incorrecto.
- Un paciente tiene un tratamiento que requiere control de la presión arterial. El informe del alta hospitalaria no lo menciona al médico general, ocasionando que el paciente no es controlado de modo adecuado. Sin embargo, se detecta cuando el paciente visita al médico de cabecera para otras prescripciones. Los controles del paciente se normalizan entonces.

### **Ningún daño (impacto prevenido):**

- Envases equivocados usados para analítica sanguínea en una consulta de medicina general, causando lecturas falsas y resultados irregulares con el potencial para un diagnóstico incorrecto. Los resultados irregulares causan preocupación por lo que se vuelve a realizar una analítica antes de prescribir cualquier tratamiento.
- Un médico general olvida controlar según el protocolo los niveles de coagulación de un paciente externo tratado con warfarina. El paciente lo menciona más tarde y cuando finalmente es examinado, dichos niveles se encuentran dentro de los límites normales.
- Un paciente telefonea a su consulta de medicina general para pedir una cita de seguimiento, al objeto de examinar sus niveles de colesterol después de comenzar un tratamiento con estatina. Se cita al paciente, pero su seguimiento se habría olvidado si no hubiera llamado.
- Un médico general prescribe una dosis inadecuada de un medicamento, que el farmacéutico detecta al dispensar la prescripción.

### **Bajo:**

- Un paciente tropieza y cae en la consulta, sufriendo una herida que requiere puntos y vendaje.
- Un tratamiento continuado con warfarina sin controlar los niveles de coagulación que produce tiempos prolongados de coagulación, causando hematoma.

- Es olvidada la visita domiciliaria a un paciente; el paciente es enfermo terminal y requiere una evaluación del dolor; fue detectado al día siguiente ocasionando que el paciente continuó teniendo dolores hasta que se modificó la medicación.

**Moderado:**

- Un tratamiento continuado con warfarina sin controlar durante mucho tiempo los niveles de coagulación que provoca sobredosis y problemas hemorrágicos, requiriendo un control y seguimiento más riguroso.
- Un paciente con vía externa de infusión (por ejemplo: vía de Hickman) tiene una infección durante repetidas desconexiones de control domiciliario, requiriendo un ingreso hospitalario para un tratamiento antibiótico.

**Grave:**

- Un tratamiento continuado con warfarina sin controlar durante mucho tiempo los niveles de coagulación que provoca hemorragia cerebral y daños cerebrales.
- Se produce un fallo al ser sometido a revisión de fenilcetonuria un recién nacido con un problema metabólico congénito, provocando un daño cerebral irreversible.
- Un paciente sufre una lesión por extravasación (quemadura del tejido blando) de una vía intravenosa en el domicilio, causando cicatrices irreversibles y daño óseo.
- Un paciente, fumador severo, visita a su médico debido a una tos. El nombre del paciente es Sr. JJ Jones. Se le realiza una radiografía de tórax y el informe sugiere una lesión sospechosa con el consejo de remitirle a otras pruebas. El médico escribe en el informe que es necesaria una cita urgente y la recepcionista guarda el informe en el archivo de Sr. J Jones. El Sr. JJ Jones llamó a la consulta para informarse de sus resultados, la recepcionista revisó el archivo y le dijo que aún no se había recibido ningún informe y que le llamarían si había cualquier noticia la semana siguiente. El Sr. JJ Jones no recibió noticias, por lo que asumió que todo estaba bien. Dos meses después el Sr. J Jones visitó al médico en una cita rutinaria y se encontró la petición de urgencia del Sr. JJ Jones. Al Sr. JJ Jones se le realizaron las pruebas y se encontró que tenía cáncer de pulmón.

**Muerte:**

- Un tratamiento continuado con warfarina sin controlar los niveles de coagulación que provoca hemorragia cerebral y fallecimiento.
- Una consulta recibe una llamada de una madre con un niño pequeño que parece no sentirse bien. Se toma nota de los detalles y se deja una nota no-urgente para que el médico llame a la madre al finalizar la consulta. Cuando el médico llama, el niño está ya bastante enfermo con síntomas que sugieren meningitis. El médico le visita inmediatamente, administrándole antibióticos y disponiendo un ingreso de urgencia. Sin embargo, el niño sufre un colapso por el camino y fallece al llegar al hospital.
- A un paciente que sufre dolor en el pecho se le pide que espere para un momento libre en la consulta de medicina general, al sentir dificultades para respirar el paciente se va a caminar, sufre un colapso y muere en el aparcamiento de la consulta de medicina general.

### **Ejemplo de buena práctica**

Paul Manson, consejero de prescripción en el *Trust* de enseñanza de Atención Primaria de Plymouth (*tPCT*) estaba realizando un estudio sobre medicación de pacientes de atención domiciliaria en una consulta, y se encontró un caso en el que esencia de menta concentrada había sido inadvertidamente prescrita, cuando la formulación diluida normal está pensada para un paciente adulto. La esencia de menta concentrada es 40 veces más fuerte que la esencia de menta. Afortunadamente el farmacéutico se dio cuenta del error de prescripción y sólo se dispensó esencia de menta.

Los médicos y farmacéuticos de Plymouth recibieron una alerta del *Trust* de Atención Primaria de Plymouth (*PCT*) aconsejándoles precaución cuando se prescribiese “esencia de menta concentrada”. La esencia de menta fue ordenada en una prescripción generada informáticamente por el médico que utiliza el *InPractice (Vision)* un sistema de prescripción médica. La base de datos de medicamentos (que es provista por el *FirstDataBank*) solo utiliza en su listado la preparación de concentrado de menta.

Paul Manson contactó con el *InPractice Systems* y con el *FirstDataBank* alertándoles del problema con el concentrado de menta. Ambos han tomado medidas y la menta diluida ha sido añadida al Diccionario de Medicamentos – apareciendo en primer lugar en el listado como “menta”. Como medida provisional los médicos fueron instruidos para hacer de la esencia de menta la dosis por defecto tanto del “concentrado de menta” como del “concentrado de esencia de menta”. Una advertencia ha sido añadida sobre el concentrado: “Precaución: No debe administrarse sin diluir”.

## Promover la notificación

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@NPSA.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@NPSA.nhs.uk)

## Referencias

- 1 Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Doherty SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *New England Journal of Medicine* 2001;344(26):2021–5
- 2 Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *British Medical Journal* 2002;324(7337):584–7
- 3 Dovey SM, Meyers DS, Phillips Jr RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, Kappus J, Grob, P. A preliminary taxonomy of medical errors in family practice. *Quality and Safety in Health Care* 2002;11(3):233–8
- 4 Wilson T, Pringle M, Sheikh A. Promoting patient safety in primary care: research, action and leadership are required. *British Medical Journal* 2001;323:583–4
- 5 Coles J, Pryce D, Shaw C (2001). *The reporting of adverse clinical incidents – achieving high quality reporting: the results of a short research study*. CASPE research (accessed at: [www.publichealth.bham.ac.uk](http://www.publichealth.bham.ac.uk))
- 6 Institute of Medicine (IOM) (2000). *To Err is Human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press (accessed at: [www.nap.edu](http://www.nap.edu) and [www.iom.edu](http://www.iom.edu))
- 7 Leape LL. Why should we report adverse incidents? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5:1–4
- 8 Leape LL. Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine* 2002;347(20):1633–8. PMID:12432059
- 9 Department of Health. Caldicott guidelines (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk))
- 10 Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospital: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001;322:517–9
- 11 Firth-Cozens J, Redfern N, Moss F (2001). *Confronting Errors in Patient Care Report on Focus Groups* (accessed at: [www.publichealth.bham.ac.uk](http://www.publichealth.bham.ac.uk))
- 12 Vincent C, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care* 2002;11:76–80
- 13 Cacciabue PC, Amelberti R, Paries J (to be published in 2005). *Human Error Management in Aviation*. Ashgate Publishing Company



## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas no han ido bien. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.NPSA.nhs.uk/sevensteps](http://www.NPSA.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

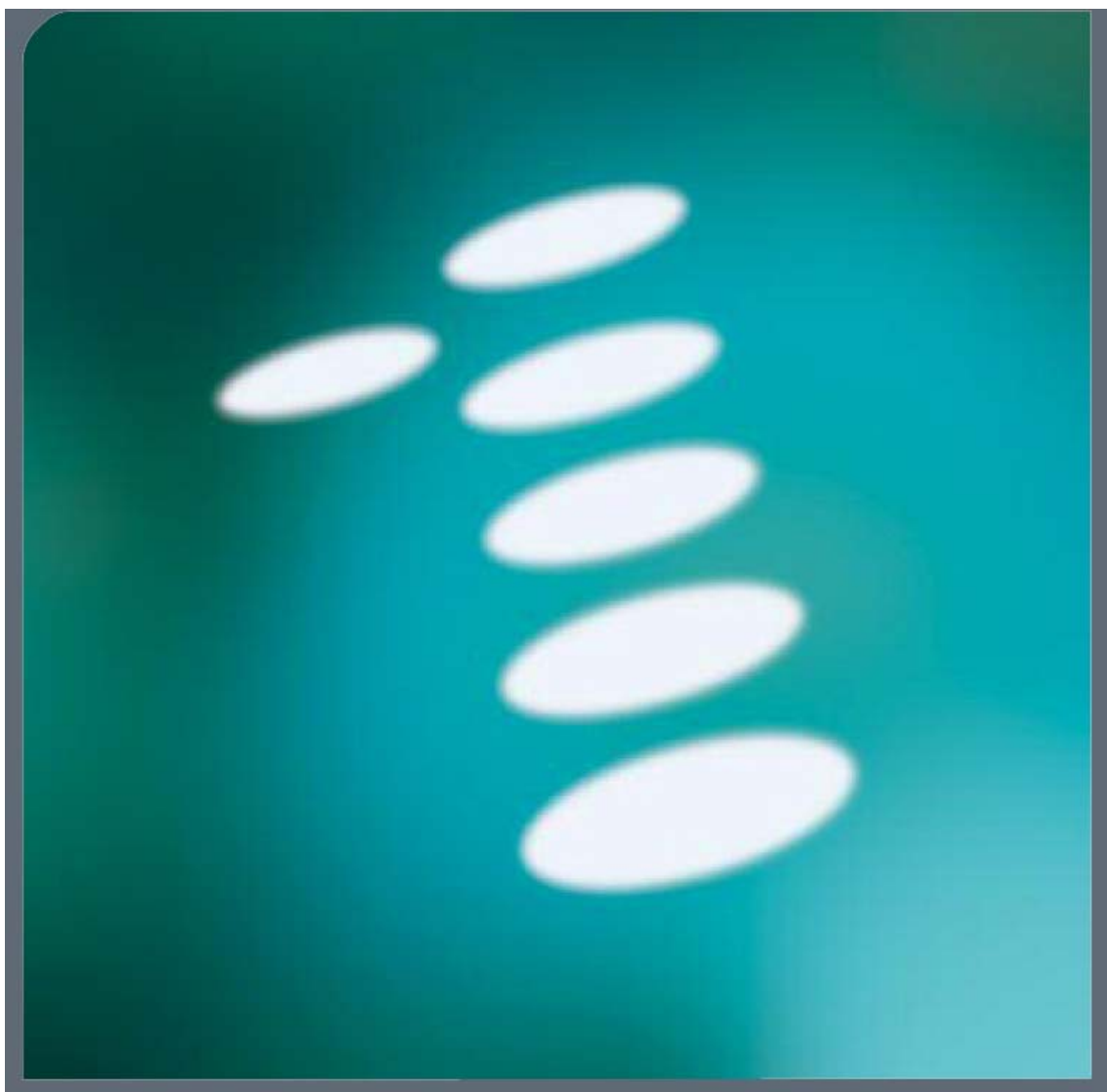
[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)



# Paso 5

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Involucrar y comunicarse con pacientes y público





## Paso 5

Involucrar y  
comunicarse con  
pacientes y público



<b>Contenido</b>	página
<b>Involucrar y comunicarse con pacientes y el público</b>	<b>4</b>
Los principios clave	5
<b>¿Qué pueden hacer las organizaciones de atención primaria?</b>	<b>5</b>
<b>1 Involucrar a pacientes y al público en el desarrollo de servicios seguros</b>	<b>5</b>
<b>2 Involucrar a los pacientes en su propio cuidado y riesgos del tratamiento</b>	<b>6</b>
<b>HABLE CLARO</b>	<b>7</b>
<b>3 <i>Ser abierto</i>: fomentar un diálogo abierto y bilateral entre profesionales sanitarios y pacientes cuando algo falla</b>	<b>9</b>
Política de <i>Ser abierto</i>	10
<b>Marco para una política de apertura (<i>Ser abierto</i>)</b>	<b>11</b>
Designación de personal clave con la responsabilidad de <i>Ser abierto</i>	14
Proporcionar al personal formación y apoyo en aptitudes de comunicación	15
<b>4 Participar con los pacientes durante las investigaciones</b>	<b>15</b>
<b>5 Proporcionar apoyo a los pacientes</b>	<b>17</b>
¿Cómo puede ayudar la <i>NPSA</i> ?	17
Ejemplos de la <i>NPSA</i>	18
Caso de estudio: involucrar a los pacientes en el desarrollo de servicios más seguros	18
“Pregunte Sobre los prospectos de sus Medicamentos”	19
<b>Buena práctica en involucrar y comunicarse con los pacientes</b>	<b>21</b>
<b>Promover la notificación</b>	<b>23</b>
<b>Referencias</b>	<b>23</b>



## Paso 5

### Involucrar y comunicarse con pacientes y el público

Involucrar y comunicarse abiertamente con los pacientes, sus familiares, sus cuidadores y el público es esencial para mejorar la seguridad del paciente.<sup>1</sup> El riesgo de problemas de salud disminuye cuando los pacientes asumen la responsabilidad de su propio estilo de vida, seguridad y salud. La experiencia demuestra que las definiciones de los pacientes sobre un daño y error difieren algunas veces de las definiciones utilizadas por los médicos. Si un paciente sufre un daño cuando algo ha fallado, puede ofrecer un punto de vista sobre los motivos del problema e indicar soluciones para prevenir la recurrencia del incidente. Para posibilitar que esto suceda, el servicio de salud ha de ser abierto y receptivo al tratar con los pacientes.

En este Paso explicamos resumidamente las directrices del *NHS* para la participación de pacientes y público en dicho compromiso, describir algunas de las iniciativas que está emprendiendo la *NPSA* y examinar la forma en que las organizaciones de atención primaria, prácticas y equipos pueden fomentar la transparencia y el trato con pacientes para ayudar a prestar el servicio más seguro. El Paso trata tres áreas de participación:

- involucrar a los pacientes y al público en el desarrollo de servicios más seguros;
- involucrar a los pacientes en su propia atención y tratamiento;
- promover un diálogo abierto y bilateral entre profesionales sanitarios y pacientes cuando se han cometido fallos, conocido como “ser abierto”.

### **Los principios clave**

Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.

Los pacientes quieren estar involucrados como partícipes en su cuidado. El personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.

Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.

## **¿Qué pueden hacer las organizaciones de atención primaria?**

### **1 Involucrar a pacientes y al público en el desarrollo de servicios más seguros**

Para ayudar a desarrollar servicios más seguros es fundamental involucrar a los usuarios del NHS a un nivel estratégico. Muchos pacientes son reconocidos por el servicio sanitario como expertos en su afección y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.<sup>2</sup>

Todos los *trusts* de atención primaria y consejos sanitarios locales han de adoptar un enfoque estratégico para hacer partícipe al paciente en la gestión del riesgo y seguridad del paciente. Deben definir qué significa esto y cómo se implementará. También son necesarios sistemas formales para proporcionar “voz” a los pacientes y sus familiares o cuidadores, además de los procedimientos de quejas del *NHS*, para que puedan sugerir mejoras o informar cuando piensen que existe un riesgo potencial.



Los pacientes también deberían estar representados en comités que tomen decisiones sobre cómo se gestionan riesgos y se tratan cuestiones de seguridad. Los servicios de enlace consultivo del paciente (*PALS*) y consejos sanitarios comunitarios (*CHS*) pueden ayudar actuando como un sistema de aviso previo para organizaciones de atención primaria, supervisando tendencias, destacando lagunas en servicios y elaborando informes para gestión de actuación.

## **2 Involucrar a los pacientes en su propio cuidado y riesgos del tratamiento**

Existe abundante evidencia mostrando que los pacientes quieren estar implicados como partícipes en su propia atención.<sup>3,4,5</sup> Este tipo de participación, ya bien desarrollada en atención primaria, significa que el personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.<sup>6</sup>

Los pacientes necesitan estar suficientemente informados, tener tiempo para considerar la información clave antes de tomar una decisión, y ser ayudados a comprender cualquier información facilitada.<sup>7,8</sup> Han de ser conscientes no solo de los beneficios que puede proporcionar la atención, sino también de los riesgos. Saber qué puede fallar puede ayudar a los pacientes a participar en gestionar y evitar riesgos. Las organizaciones de atención primaria han de fomentar una buena comunicación sobre riesgo entre profesionales sanitarios y pacientes. Personas y equipos pueden necesitar formación para lograrlo.

Existen una serie de herramientas para animar a los pacientes a participar en la prevención de errores y fallos de sistemas. Por ejemplo, el enfoque conocido como “hablar claro”,<sup>9</sup> desarrollado por la Comisión Conjunta de Estados Unidos para Acreditación de Organizaciones Sanitarias (*JCAHO*), proporciona un marco útil para involucrar a los pacientes en su seguridad a nivel local. El siguiente cuadro está adaptado para el Reino Unido.

## HABLE CLARO

**Hable claro** si tiene cualquier pregunta o inquietud y si no comprende.

**Preste atención** al cuidado que está recibiendo y asegúrese que recibe el tratamiento y medicamento adecuados.

**Aprenda** sobre su diagnóstico y tratamiento.

**Pida** a un familiar o amigo de confianza que le acompañe.

**Conozca** qué medicamentos está tomando y por qué.

**Conozca** más sobre su organización local del *NHS*.

**Participe** en todas las decisiones sobre su tratamiento.

Cada paso puede incluir los consejos y actuaciones siguientes.

**Hable claro** si tiene cualquier pregunta o inquietud y si no comprende:

- no sienta vergüenza si no comprende algo;
- no tema preguntar sobre cuestiones de seguridad;
- no dude en comunicar al personal sanitario si piensa que le están confundiendo con otro paciente o si piensa que está recibiendo el medicamento incorrecto;
- comunique al personal sanitario si algo no parece ser correcto.

**Preste atención** al cuidado que está recibiendo y asegúrese que recibe el tratamiento y medicamento adecuados:

- asegúrese que conoce el tratamiento acordado y no tenga miedo de pedir una segunda opinión;
- asegúrese que conoce los posibles riesgos o complicaciones que puede implicar su tratamiento;
- requiera al personal sanitario que se identifique;
- asegúrese que el personal sanitario confirma su identidad cuando le proporcionen sus medicamentos o administren un tratamiento;
- observe si el personal sanitario lava sus manos antes y después de su tratamiento o cuando es examinado, debe recordarse al médico o enfermera que lo hagan.

**Aprenda sobre su diagnóstico y tratamiento:**

- haga más preguntas, por ejemplo: ¿cómo le afecta su enfermedad? ¿cómo se trata su enfermedad? ¿cómo debería responder su enfermedad a este tratamiento?
- pregunte si esta disponible cualquier información documentada para respaldar su consulta;
- recopile información sobre su enfermedad de fuentes acreditadas, tales como buenos estudios de investigación, publicaciones y libros, grupos expertos, y sitios *Web* validados.
- anote los hechos relevantes para poder consultarlos después fácilmente;
- lea todos los documentos que requieran su firma y pida al personal sanitario que le explique cualquier cosa que no entienda;
- asegúrese de obtener los resultados de sus pruebas y no asuma que “no tener noticias son buenas noticias”
- si tiene que utilizar cualquier aparato, asegúrese de conocer cuál es su función.

**Pida a un familiar o amigo de confianza que le acompañe:**

- su acompañante puede realizar preguntas por usted si se encuentra bajo presión;
- su acompañante puede ayudarle a recordar respuestas a preguntas realizadas;
- asegúrese que su acompañante conoce sus prioridades de atención.

**Conozca qué medicamentos está tomando y por qué:**

- pregunte para qué es el medicamento o tratamiento, si existe información documentada sobre ello, y qué posibles efectos secundarios, complicaciones o riesgos puede implicar;
- si no reconoce el medicamento, compruebe que es para usted;
- comuníquese al personal sanitario sobre cualquier alergia o reacción,
- si necesita varios medicamentos pregunte al personal si puede tomarlos a la vez;
- asegúrese de poder leer su prescripción, si no es legible para usted puede que tampoco lo sea para su farmacéutico.

**Conozca más sobre su organización local del NHS:**

- puede elegir el tratamiento que se le prescribe– consulte todas las alternativas.
- no tema preguntar por una segunda opinión en cualquier fase, cuanta más información tenga sobre las opciones disponibles, más confianza tendrá en las decisiones tomadas;
- ¿su organización de atención primaria ha sido evaluada por la Comisión Sanitaria e Inspección Sanitaria de Gales? ¿Qué informaron?

**Participe en todas las decisiones sobre su tratamiento:**

- acuerde exactamente con el personal sanitario lo que se realizará durante cada fase de su atención;
- participe en las decisiones sobre su tratamiento tales como medicamentos o estudios;
- participe en las decisiones adoptadas para referirle a atención secundaria.

### **3 Ser abierto: fomentar un diálogo abierto y bilateral entre profesionales sanitarios y pacientes cuando algo falla**

La franqueza y la honestidad son también fundamentales en la relación entre pacientes y profesionales sanitarios cuando algo falla. Existe evidencia sólida para demostrar que cuando algo falla en atención sanitaria, el paciente dañado, y/o sus parientes o cuidadores quieren recibir información sobre lo que ha sucedido. A menudo quieren que alguien pida disculpas. Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.<sup>10</sup> La franqueza y la honestidad también pueden ayudar a evitar que tales incidentes se conviertan en quejas formales y demandas judiciales.<sup>11</sup>

Un estudio *MORI* encargado para el documento de consulta del Departamento de Salud, *Making amends*,<sup>9</sup> encuestó a 8.000 personas en el Reino Unido. Sólo por debajo del 5% consideró haber sufrido una lesión u otros efectos adversos como resultado directo de su atención médica en el NHS. De ellos:

- el 34% pidió una disculpa o explicación cuando sucedió un incidente;
- el 23% pidió una investigación sobre las causas;
- el 17% pidió apoyo para afrontar las consecuencias;

- el 11% pidió una compensación económica;
- el 6% pidió acciones disciplinarias contra el personal implicado.

Por tanto, existen tres elementos importantes en ser abierto:

- una disculpa y explicación;
- una investigación minuciosa siguiendo el incidente;
- apoyo para sobrellevar las consecuencias físicas y psicológicas de lo sucedido.

Cuando algo falla, las organizaciones locales de atención primaria y prácticas pueden ayudar a garantizar la existencia de un diálogo bilateral entre el servicio sanitario y los pacientes:

- desarrollando una política local de *Ser abierto*;
- participando con los pacientes durante las investigaciones;
- designando personal clave con la responsabilidad de *Ser abierto*;
- proporcionando formación y apoyo al personal en conocimientos sobre comunicación;
- proporcionando apoyo a los pacientes.

La *NPSA* ha desarrollado una política de *Ser abierto* y una información sobre práctica segura disponible en la página *Web* de la *NPSA* ([www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)). Para apoyar la implementación de políticas locales de *Ser abierto*, ya está disponible un paquete de herramientas y recursos, incluyendo un video de un día, un foro de sesiones de simulación formativa y una herramienta de aprendizaje en Internet. Para más información visite la academia *Ser abierto* en [www.msnpa.nhs.uk/boa](http://www.msnpa.nhs.uk/boa).

### **Política de *Ser abierto***

En el pasado, el personal no ha tenido claro quién debería hablar con los pacientes cuando algo ha fallado y qué deberían decir. Temiendo poder decir cosas inadecuadas, empeorar la situación o admitir responsabilidad. Desarrollando una política local que establezca el procedimiento de comunicación con los pacientes se proporcionará confianza a las prácticas, equipos y personas para comunicar con eficacia después de un incidente.

Una política de *Ser abierto* debería incluir:

- una descripción de cómo se tratará la información de acuerdo con directrices de privacidad y confidencialidad, y acorde con requisitos de protección de datos y libertad de información.
- una descripción del procedimiento del incidente, incluyendo la forma en que los incidentes son detectados, comunicados, respondidos, gestionados e investigados.

- definición de cometidos y responsabilidades del equipo sanitario e identificación de la persona que debería dar la explicación.
- orientación sobre el contenido de la comunicación inicial sobre el incidente con el paciente y sus familiares o cuidadores;
- información sobre requisitos de notificación externos;
- información sobre el apoyo y seguimiento requeridos tanto para el paciente como para el personal.

### Marco para una política de apertura (*Ser abierto*)

Las políticas y procedimientos para ser abiertos con los pacientes deberían ser desarrollados conforme a nuestro documento nacional de directrices, *Ser abierto*, el cual está ya disponible en la página *Web* de la *NPSA*: [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk). El marco, que puede adaptarse a las necesidades de cada organización, incluye los diez principios siguientes:

#### 1 Principio de reconocimiento

El personal debería esforzarse en reconocer todos los incidentes de seguridad del paciente tan pronto como sean identificados. Los casos en los cuales el paciente, o sus familiares o cuidadores, informan al personal sanitario cuando ha sucedido un incidente, deben ser tratados seriamente desde el principio. Cualquier inquietud debería ser tratada con sensibilidad y comprensión por todo el personal sanitario.

#### 2 Principio de veracidad, oportunidad y claridad de comunicación

La información sobre un incidente de seguridad del paciente se ha de facilitar a los pacientes y sus familiares o cuidadores de forma veraz y abierta por una persona apropiadamente designada. La comunicación también debe ser oportuna: a los pacientes y familiares o cuidadores se les debería facilitar información sobre lo acontecido tan pronto como sea factible. También es esencial que cualquier información facilitada esté basada únicamente en los hechos conocidos en el momento. Cuando se emprende una investigación puede aparecer nueva información, y los pacientes y familiares o cuidadores deberían estar al corriente de la evolución. Deberían recibir información clara, inequívoca y tener un solo punto de contacto para formular cualquier pregunta o petición. No deberían recibir información contradictoria de distintos miembros del personal, o jerga médica que no puedan entender.

### **3 Principio de disculpa**

Todos los pacientes y sus familiares o cuidadores deberían recibir una sincera expresión de pesar y lamento por el daño derivado de un incidente de seguridad del paciente. Debería ser formulada apropiadamente y en la forma acordada de disculpa, y realizada tan pronto como sea posible.

### **4 Principio de reconocimiento de expectativas del paciente y cuidador**

Como es lógico, los pacientes y sus familiares o cuidadores esperan ser totalmente informados de las cuestiones relativas a incidentes de seguridad del paciente y sus consecuencias. También deben ser tratados con comprensión, respeto y consideración. La confidencialidad debería mantenerse en todo momento. También debe proporcionarse a los pacientes y sus familiares o cuidadores un apoyo adecuado a sus necesidades. Donde sea apropiado, información sobre el Servicio de Enlace Consultivo del Paciente (*PALS*) en Inglaterra, Consejos Comunitarios Sanitarios (*CHC*) en Gales y otros grupos relevantes de apoyo deben facilitarse al paciente tan pronto como sea posible.

### **5 Principio de apoyo profesional**

Las organizaciones de atención primaria deben crear un entorno en el que todo el personal, tanto empleados propios como contratistas independientes, sea alentado para comunicar incidentes de seguridad del paciente. El personal debe sentirse apoyado en todo el proceso de investigación del incidente porque ellos también pueden estar traumatizados por su implicación. No deberían estar injustamente expuestos a una acción disciplinaria punitiva, a cualquier amenaza para su licencia o un riesgo médico legal incrementado. Cuando la organización sanitaria tenga razones para pensar que un miembro del personal ha cometido un acto punitivo o criminal, deben realizarse los pasos para preservar su posición, y aconsejar al miembro(s) del personal en una fase temprana para permitirle obtener asesoramiento y representación legal particular.

### **6 Principio de gestión del riesgo y sistemas de mejora**

El análisis de causa raíz (ACR), auditoría de eventos significativos (AES) o técnicas similares deberían ser utilizados para descubrir las causas subyacentes de un incidente de seguridad del paciente. Las investigaciones deberían enfocarse en mejorar los sistemas de atención, los cuales deben ser entonces revisados para ser efectivos.

## 7 Principio de responsabilidad multidisciplinar

Cualquier política local de *Ser abierto* debería aplicarse a todo el personal que tenga un papel clave en la atención del paciente. La mayor parte de servicios de atención sanitaria implican equipos multidisciplinarios y por tanto *Ser abierto* debería tener representación multidisciplinar. Este enfoque asegurará que el proceso de *Ser abierto* sea coherente con la filosofía de que los incidentes de seguridad del paciente derivan en general de fallos de los sistemas y en raras ocasiones de acciones individuales. Para asegurar la participación multidisciplinar es importante identificar la opinión de los directores clínicos, de enfermería y directivos que apoyarán el proceso de *Ser abierto*. Tanto los altos directivos como los directores clínicos que sean líderes de opinión local deben participar en la investigación de incidentes y gestión del riesgo clínico.

## 8 Principio de gobierno clínico<sup>a</sup>

*Ser abierto* requiere el apoyo de procedimientos de calidad y seguridad del paciente a través de marcos de gobierno clínico, en los que incidentes de seguridad del paciente son investigados y analizados para averiguar qué puede hacerse para prevenir su recurrencia. También implica un sistema de responsabilidad por parte del Director Ejecutivo y el Consejo para garantizar que estos cambios son implantados y su eficacia revisada. Los sistemas de riesgo basados en la práctica deberían ser establecidos en atención primaria. Deben desarrollarse programas de aprendizaje continuos que permitan a las organizaciones de atención sanitaria aprender de la experiencia de los pacientes de *Ser abierto*, y hacer un seguimiento de la implantación y efectos de los cambios efectuados en el servicio tras un incidente de seguridad del paciente.

## 9 Principio de confidencialidad

Se ha de tener consideración y respeto total a la privacidad y confidencialidad del paciente, de su familia o cuidadores, y del personal. Los detalles de un incidente de seguridad del paciente han de ser considerados confidenciales en todo momento. Comunicar información confidencial del paciente en la investigación de un incidente puede no requerir el consentimiento de la persona para ser lícito. No obstante, cualquier discusión con

---

<sup>a</sup> **Gobierno clínico:** un marco a través del cual las organizaciones del NHS (Sistema Nacional de Salud) se responsabilizan de la mejora continua de la calidad de sus servicios y de salvaguardar altos estándares de asistencia mediante la creación de un entorno en el que se desarrolle la excelencia de la asistencia clínica.



partes ajenas a los médicos implicados en el tratamiento al paciente debe realizarse estrictamente sobre la base de “ser necesario conocer”. Además, es una buena práctica informar al paciente y sus familiares o cuidadores sobre quién participará en la investigación antes de comenzar, y darles la oportunidad de plantear cualquier objeción.

## **10 Principio de continuidad de atención**

Los pacientes tienen derecho a continuar recibiendo todo el tratamiento habitual y a ser tratados continuamente con respeto y sensibilidad. Si un paciente manifiesta una preferencia para su atención sanitaria que necesita ser realizada por otro equipo, deben adoptarse los acuerdos apropiados para que reciba tratamiento en otro lugar.

Aunque es esencial que las políticas de *Ser abierto* satisfagan las necesidades locales de la organización, también han de tenerse en cuenta una serie de requisitos legales y reguladores. Por tanto, las políticas locales deberían reflejar los requisitos del sistema judicial en Inglaterra y Gales y de los organismos siguientes:

- *National Health Service Litigation Authority (NHSLA)*;
- *Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST)*;
- *Risk Pooling Scheme for Trusts (RPST)* en Inglaterra;
- *Welsh Risk Pool (WRP)* en Gales.

También es necesario reconocer que en algunas circunstancias poco frecuentes los pacientes y sus familias o cuidadores pueden rechazar cualquier contacto con el equipo de atención sanitaria. La política local necesita describir cómo se gestionará esto y la función potencial de un enlace clave, que puede ser alguien ajeno al equipo o a la organización. Ocasionalmente puede ser requerida una referencia a otro prestador de atención sanitaria.

### **Designación de personal clave con la responsabilidad de *Ser abierto***

La persona que debería informar al paciente y sus familiares o cuidadores sobre el incidente debería ser un *senior*, con credibilidad y con conocimiento de la atención al paciente. Deberían recibir formación en comunicación de incidentes de seguridad del paciente. Si no son las personas más *senior* deberían obtener también la aprobación y asesoramiento de sus colegas con más experiencia.

Idealmente ellos deberían:

- ser conocidos para el paciente y sus familiares o cuidadores;
- tener buen conocimiento de los hechos relevantes del incidente;
- tener experiencia suficiente para ser creíble para pacientes, personal y cualquier investigación futura;
- tener excelente capacidad interpersonal, incluyendo poder comunicar con pacientes, sus familiares o cuidadores de un modo que puedan entenderle;
- poder ofrecer una disculpa, tranquilizar y responder;
- poder proporcionar un continuo apoyo e información al paciente y sus familiares o cuidadores.

Además, las organizaciones de atención primaria deberían identificar la opinión de los directores clínicos, de enfermería y directivos que promoverán el proceso de *Ser abierto* en la práctica, servicio u organización. En la mayoría de servicios sanitarios participan equipos multidisciplinares, por tanto, *Ser abierto* requiere representación multidisciplinar.

#### **Proporcionar al personal formación y apoyo en aptitudes de comunicación**

La *NPSA* está desarrollando herramientas para ayudar al personal de *NHS* a afrontar la difícil tarea de hablar con los pacientes y sus familiares o cuidadores después de un incidente grave de seguridad del paciente. Se puede encontrar más información en “¿Cómo puede ayudar la *NPSA*?” en este Paso.

También es importante que las organizaciones locales proporcionen servicios y recursos al personal para discutir conjuntamente sobre incidentes, así como para hablar con los pacientes, sus familiares o cuidadores,

## **4 Participar con los pacientes durante las investigaciones**

En línea con la política local de la organización *Ser abierto*, pacientes y familiares o cuidadores deberían ser partícipes en la investigación de lo que falló. Deben ser contactados tras el incidente tan pronto como sea posible. Este contacto debería:

- reconocer el nivel de gravedad del incidente (ver tabla de abajo);
- ser realizado por la persona adecuada, con la aptitud adecuada y en la forma adecuada.
- ser ofrecido en más de una ocasión incluso si se rechaza inicialmente;

- ser mantenido por un periodo relevante para el incidente y el proceso de investigación.

El nivel de participación depende claramente de la naturaleza del incidente. La siguiente tabla resume la actuación propuesta acorde con la gravedad del incidente:

Incidente	Actuación
<b>Sin daño</b> (incluyendo incidentes prevenidos)	Usualmente no se contacta con los pacientes ni se les pide participar en las investigaciones
<b>Daño leve</b>	A menos que existan indicaciones específicas o el paciente lo requiera, el proceso y la investigación se realizarán a nivel local. Esto debería tener el carácter de una discusión abierta entre el personal que presta la atención y el paciente y/o sus familiares o cuidadores.
<b>Daño moderado</b> <b>Daño grave</b> <b>Muerte</b>	Requiere un elevado nivel de respuesta en estas tres circunstancias, y la política de la organización de <i>Ser abierto</i> debe ser implementada.

Una vez que los pacientes son partícipes necesitan ser:

- informados sobre la naturaleza del incidente;
- informados sobre el tipo de investigación emprendida y sobre lo que significa un análisis de causa raíz o una auditoría de evento significativo (ver el **Paso 6**);
- consultados sobre su percepción de los acontecimientos que precedieron al incidente;
- informados sobre el progreso de la investigación;
- partícipes en las conclusiones posteriores a la investigación;
- informados sobre el resultado final con la entrega de un informe escrito;
- informados sobre lo que hará la organización para prevenir que vuelva a suceder el incidente.

## 5 Proporcionar apoyo a los pacientes

Proporcionar apoyo a los pacientes y sus familiares o cuidadores es crucial. Las organizaciones de atención primaria tienen que reconocer el derecho de los pacientes, sus familiares o cuidadores a pedir asesoramiento y orientación de organismos independientes, y proporcionarles:

- una explicación del apoyo que se ofrece y el papel del enlace principal, así como proporcionar la información de contacto;
- información sobre servicios de duelo y asesoramiento psicológico, apoyo religioso, y *PALS/CHC*;
- Información sobre servicios de apoyo externo tales como *Citizens Advice Bureau* (Agencia de Asesoramiento de ciudadanos), *Action against Medical Accidents (AvMA)* (Acción frente a Accidentes Medicos), y otros grupos de apoyo a pacientes.

### ¿Cómo puede ayudar la NPSA?

La *NPSA* está encargada de apoyar a las organizaciones de atención primaria en involucrar a pacientes y el público en la seguridad del paciente. Para ayudar a las organizaciones de atención primaria a lograr dicha participación estamos realizando principalmente las siguientes actuaciones:

- desarrollando mejores prácticas de comunicación con pacientes, que incorporan los principios de *Ser abierto*;
- garantizando que la seguridad del paciente es una prioridad en toda la atención sanitaria mediante el establecimiento de objetivos claros en nuestra guía para organizaciones y líderes de atención primaria;
- proporcionando asesoramiento y orientación a las redes de atención primaria, incluyendo reuniones de autoridades sanitarias estratégicas, foros regionales y seminarios organizados por personal de la *NPSA*, y en particular por directores locales de seguridad del paciente;
- buscando informar a pacientes, el público y medios de comunicación sobre cuestiones de seguridad del paciente a través de folletos informativos, que las organizaciones locales pueden utilizar como recurso.

## **Ejemplos de la NPSA**

La *NPSA* se ha propuesto el compromiso de involucrar a pacientes y público en todo su trabajo. Por ejemplo:

- Involucrar al público, pacientes y sector del voluntariado en sesiones de trabajo para discutir cómo deberíamos priorizar cuestiones de seguridad del paciente y trabajar en ellas.
- Incluir representantes del paciente y público en la Comisión de Asesores Expertos para el proceso de priorización.
- Involucrar a representantes del paciente y miembros del público en el desarrollo del sistema de información para pacientes y público. Esto complementará el Sistema Nacional de Información y Aprendizaje (*NRLS*) para el personal del *NHS* y las organizaciones.
- Incorporar representantes de pacientes como miembros activos de grupos de trabajo establecidos para desarrollar soluciones a los problemas de seguridad del paciente.
- Trabajar con pacientes y grupos de pacientes para diseñar productos, y materiales y probar su eficacia.

### **Caso de estudio: involucrar a los pacientes en el desarrollo de servicios más seguros**

#### **Metotrexato oral**

Este proyecto fue establecido debido a un creciente número de errores de dosificación con el metotrexato oral. Para conocer experiencias de pacientes con el uso de este medicamento la *NPSA* realizó 16 entrevistas personales y telefónicas con pacientes y cuidadores en el Reino Unido. Los pacientes eran usuarios de metotrexato, tanto actuales como antiguos, y miembros de grupos de organizaciones benéficas registradas de pacientes con afecciones artríticas y soriasis.

Las organizaciones de pacientes, cuidadores y voluntariado también fueron invitadas a sumarse a profesionales sanitarios en una sesión de trabajo para considerar posibles soluciones a los problemas identificados. La eficacia de las soluciones propuestas para eliminar o prevenir cuestiones que pueden fallar fue examinada por pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios. También participaron en la prueba pacientes recién diagnosticados sin experiencia previa con el metotrexato oral junto con sus consultores especialistas.

### **“Pregunte sobre los prospectos de sus Medicamentos”**

Un sondeo *MORI* en 2003 mostró que más del 50% de las personas en Reino Unido no toman sus medicamentos tal como se prescriben. Casi una de cada tres personas afirma no conocer suficientemente los efectos secundarios potenciales de los medicamentos. Es fundamental conocer qué cuestiones preguntar para tratar el tema y aumentar la toma de conciencia sobre el uso de medicamentos.

Para facilitar este proceso la *NPSA* ha patrocinado un cartel “pregunte sobre sus medicamentos” en un esfuerzo compartido para animar a pacientes y profesionales sanitarios a tratar sobre su medicación. Dichos carteles están situados a través del servicio de salud en cualquier lugar donde se prescriben y dispensan medicamentos. El cartel muestra cinco preguntas clave y cinco consejos principales para ayudar a los pacientes a saber más sobre los medicamentos que les son prescritos.

Involucrando a los pacientes y sus familiares o cuidadores en las decisiones sobre sus medicamentos e informándoles sobre cómo tomar o utilizar sus medicamentos correctamente, puede ayudar a garantizar que los pacientes obtengan el mayor beneficio de sus medicamentos en la forma más segura posible.

### **Pregunte Sobre Sus Medicamentos: preguntas a realizar**

- 1 ¿Qué hace este medicamento?
- 2 ¿Cuánto tiempo debo tomarlo?
- 3 ¿Cómo y cuándo debo tomarlo?
- 4 ¿Debería evitar otros medicamentos, bebidas, alimentos o actividades cuando esté tomando este medicamento?
- 5 ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios posibles – y qué debería hacer si ocurren?

### **Pregunte Sobre Sus Medicamentos: consejos principales**

- 1 **Comparta** cualquier pregunta o inquietud sobre los medicamentos prescritos o adquiridos, y pregunte sobre otras alternativas.
- 2 **Informe** al profesional sanitario sobre los medicamentos que está tomando.
- 3 **Comuníquese** si cree que los medicamentos que está tomando no son efectivos o le están provocando efectos secundarios.
- 4 **Pregunte** si no está seguro sobre cómo tomar sus medicamentos o por cuánto tiempo.
- 5 **Pregunte** si necesita ayuda para conseguir un suministro regular de sus medicamentos.

## Buena práctica en involucrar y comunicarse con pacientes

### **Caso de estudio: *Trust* de Atención Primaria del Suroeste de Sheffield, Departamento de Podología**

Este departamento creó una comisión de pacientes en 2000, que les faculta para ser consultados sobre la planificación y provisión del servicio. Existen cinco puestos de pacientes en la comisión, que se reúne en intervalos de uno a cuatro meses dependiendo de la necesidad. Fueron reclutados a través de las clínicas conducidas por el departamento, por medio de carteles en salas de espera, el boletín informativo del paciente y reuniones directas con pacientes que mostraban interés. La comisión es representativa en términos de género, origen étnico, edad y discapacidad. Los pacientes de la comisión son recogidos en taxi, se les ofrece un almuerzo y se les entrega un pequeño regalo en reconocimiento a su contribución, pero no se les remunera por su asistencia.

La comisión está presidida por el responsable del servicio de podología o el segundo responsable del servicio. El departamento recopila cuestiones para ser planteadas en la comisión desde su perspectiva del servicio. Los miembros de la comisión pueden también formular preguntas sobre cuestiones particulares para introducirlas en la agenda tanto por teléfono como por escrito.

La comisión influye en todos los aspectos de calidad del servicio incluyendo vías de atención clínica. Las materias examinadas son variadas y basadas en nuevos desarrollos de servicio, y tienen incluidas atribuciones y cirugía podológica, folletos informativos y correspondencia a disposición de los pacientes, política general, quejas, y cuestiones de recursos y asignación de los mismos. El grupo trata incidentes de seguridad del paciente y soluciones potenciales para las cuestiones identificadas.



Las tareas de actuación son fijadas en las actas y trasladadas a los grupos competentes por medio de personas identificadas adecuadamente dentro del departamento, o por miembros de la comisión; particularmente si los miembros están asumiendo tareas específicas. Las cuestiones pueden ser también trasladadas fuera del departamento a otros grupos de PCO para su consideración, o incluso al ámbito nacional como sucedió con el informe Planificación de Trabajo elaborado por este grupo.

La comisión ha influido la seguridad del paciente a través de visitas de auditoria clínica, donde se perciben cuestiones del entorno y se obtienen puntos de vista de otros pacientes sobre cualquier materia, que puede incluir cuestiones de seguridad, a través de sugerencias que han mejorado el fracaso en la asistencia y contribuido por ello a la disponibilidad de cita y a reducir el tiempo de espera.

## Promover la notificación

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@NPSA.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@NPSA.nhs.uk)

## Referencias

- 1 Department of Health (1998). *A First Class Service: Quality in the new NHS*. London: The Stationery Office (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) November 2003)
- 2 Government White Paper (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London: The Stationery Office. (accessed at: [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk) January 2004), and reaffirmed in: Department of Health (2000). *The NHS Plan – A Plan for Investment A Plan for Reform*. Command Paper 4818–1. London: The Stationery Office (accessed at: [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) January 2004)
- 3 Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2003). *Open Disclosure Standard: A National Standard for Open Communication in Public and Private Hospitals, Following an Adverse Event in Health Care*. Commonwealth of Australia: Publications no 3320. (accessed at: [www.safetyandquality.org](http://www.safetyandquality.org) January 2004)
- 4 Department of Health (2003). *Making Amends*. London: The Stationery Office (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) November 2003)
- 5 Fallowfield L, Fleissig A (2003). *Communication with patients in the context of medical error*. Report commissioned for the NPSA. (accessed at: [www.publichealth.bham.ac.uk](http://www.publichealth.bham.ac.uk) January 2004)
- 6 Barber N. Ensuring patients' satisfaction with information about their medicines. *Quality Health Care* 2001;10(3):130–1
- 7 Department of Health (2002). *Learning from Bristol: The Department of Health's Response to the Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995*. (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) January 2004)
- 8 Woodward SJ, Franck I, Wilcox D. Consent for paediatric surgery: Parental perceptions. In press: *International Journal of Clinical Governance* (2003)
- 9 Accessed at: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) (January 2004)
- 10 Crane M. What to say if you made a mistake. *Medical Economics* 2001;78(16):26–8, 33–6
- 11 Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality and Safety in Health Care* 2002;11(1):76–80
- 12 National Patient Safety Agency (2003). *Prioritising the National Patient Safety Agency's work. A consultation document* (accessed at: [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) January 2004)



## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas no han ido bien. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.NPSA.nhs.uk/sevensteps](http://www.NPSA.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

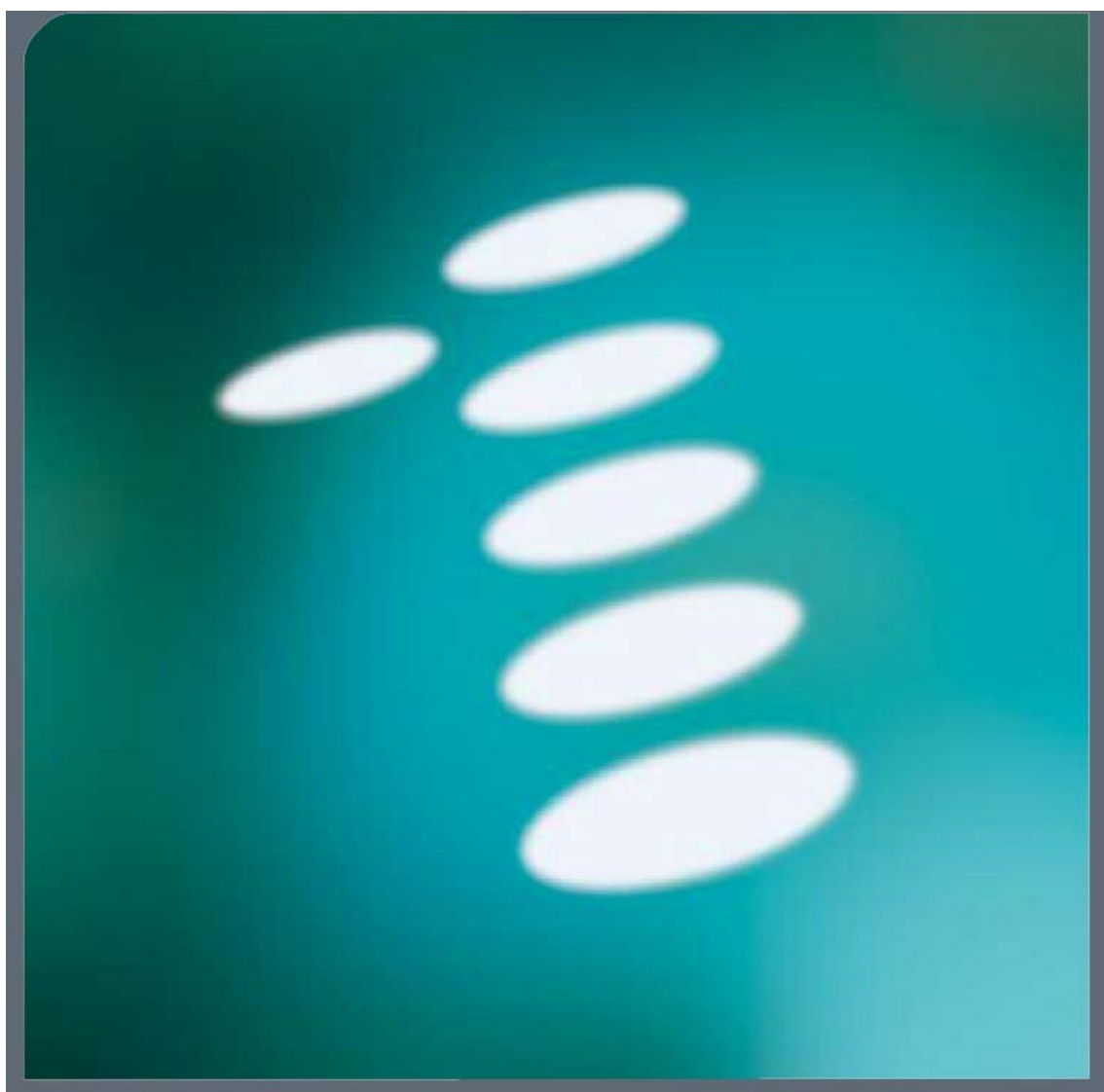
© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)

# Paso 6

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Aprender y compartir lecciones de seguridad





## Paso 6

Aprender y compartir  
lecciones de seguridad





## Contenido

página

<b>Aprender y compartir lecciones de seguridad</b>	<b>5</b>
Los principios clave	6
<b>¿Por qué es importante aprender y compartir lecciones de seguridad?</b>	<b>6</b>
Un resumen de los beneficios de un enfoque consistente para la investigación de incidentes	7
<b>¿Cuándo realizar AES o ACR?</b>	<b>8</b>
Tabla 1: niveles de gravedad del daño	9
Tabla 2: nivel de investigación para diferentes grados de incidentes de seguridad del paciente	10
<b>Auditoría de evento significativo</b>	<b>10</b>
<b>Fases de la auditoría de evento significativo</b>	<b>12</b>
Fase 1: acción inmediata	12
Fase 2: recopilación de información	12
Fase 3: reunión	13
Fase 4: análisis	13
Diagrama de Espina de Pez (o diagrama de causa-efecto)	14
Factores contribuyentes de la <i>NPSA</i>	14
Fase 5: recomendaciones	15
Fase 6: informar y compartir	16
<b>Ejemplos de eventos significativos en atención primaria para ser auditados</b>	<b>16</b>
Ejemplo de práctica odontológica	18
<b>Análisis de causa raíz</b>	<b>20</b>
¿Quién participa en el análisis de causa raíz?	20
Participación del paciente	21
<b>Pasos a seguir para el éxito del análisis de causa raíz</b>	<b>22</b>
<b>1 Identificar qué incidentes deben ser investigados</b>	<b>22</b>
El nivel de gravedad de afectación al paciente	22
El potencial de aprendizaje	23
<b>2 Recopilar la información</b>	<b>23</b>
Recopilación de información	23
Entrevistas	24
Equipamiento	25
Visitas al emplazamiento	25

<b>3</b>	<b>Planificar los eventos</b>	<b>26</b>
	Dirigir una revisión de equipo multidisciplinar	26
<b>4</b>	<b>Analizar la información</b>	<b>27</b>
	<i>Brainstorming</i> (lluvia de ideas)	28
	<i>Brainwriting</i> (lluvia de ideas por escrito)	28
	Técnica de Grupo Nominal (TGN)	29
<b>5</b>	<b>Análisis de barreras</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>Desarrollar soluciones y acciones de implantación</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Concluir un informe</b>	<b>31</b>
	Guía básica para redactar un informe de investigación	31
	<b>Acciones clave para organizaciones de atención primaria</b>	<b>32</b>
	<b>¿Cómo puede ayudar la NPSA?</b>	<b>32</b>
	Formación en ACR	33
	Conjunto de herramientas de ACR	33
	<b>Buena práctica en aprender y compartir lecciones de seguridad</b>	<b>34</b>
	Caso de estudio: Trust de Atención Primaria de Sutton y Merton	34
	Caso de estudio: Compartir acciones después de la notificación de eventos ( <i>SAFER</i> ), Gwent, Gales	36
	<b>Ejemplo de buena práctica</b>	<b>37</b>
	<i>SEA-change</i>	37
	<b>Promover la notificación</b>	<b>38</b>
	<b>Referencias</b>	<b>38</b>

## Paso 6

### Aprender y compartir lecciones de seguridad

Informar cuando algo falla es esencial en atención primaria. Aunque solo es una parte del proceso de mejora de seguridad del paciente<sup>a</sup>. Es igualmente importante que las organizaciones de atención primaria estudien las causas subyacentes de los incidentes de seguridad del paciente y aprendan cómo evitar que vuelvan a suceder. Cuando algo falla, rutinariamente se suele echar la culpa al error humano. Sin embargo, suposiciones rápidas y asignaciones rutinarias de culpa individual no llegan al fondo del problema. Un análisis más detallado revela que existen muchas causas subyacentes que contribuyen a problemas de seguridad del paciente y, en la mayoría de casos, estas causas se extienden más allá de la implicación de un miembro del personal o del equipo.

Los incidentes pueden suceder por razones múltiples. Puede ser que el personal no haya tenido la formación necesaria, o porque la política o procedimiento con el que trabajan esté anticuado y no refleje la práctica actual o no sea aplicable al equipamiento existente.

En este Paso explicamos cómo utilizar técnicas de investigación cronológica -auditoría de eventos significativos (AES) y análisis de causa raíz (ACR)- para descubrir qué falló en un incidente de seguridad del paciente, cómo y por qué. Sugerimos la forma en que las organizaciones, prácticas de atención primaria, incluyendo farmacias, y equipos, pueden aprender lecciones de seguridad a través del AES/ACR y qué puede hacer la *NPSA* para ayudar.

---

<sup>a</sup> **Seguridad del paciente:** identificación, evaluación, análisis y gestión de riesgos relacionados con el paciente e incidentes para lograr una atención segura y minimizar daños a pacientes.

### Los principios clave

Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.

Los pacientes quieren estar involucrados como partícipes en su cuidado. El personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos, y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento.

Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos.

### ¿Por qué es importante aprender y compartir lecciones de seguridad?

Cuando se ha comprometido la seguridad del paciente es tentador explicarlo como el producto de una negligencia, incompetencia o falta de atención por parte del personal, o como una rara desgracia que no es ni predecible ni evitable. Pero la experiencia de otros servicios complejos de alta tecnología, como la industria aérea, ha demostrado que los incidentes de seguridad no son simplemente el resultado de errores humanos, como una distracción u olvido.<sup>2-5</sup> Tampoco son aleatorios o raros, de hecho, ciertos factores organizativos y culturales pueden hacerlos más proclives a que sucedan.<sup>6</sup>

Cuando sucede un incidente de seguridad del paciente la cuestión crucial no es “¿quién tiene la culpa del incidente?” sino “¿cómo y por qué ha ocurrido? Una de las cosas más importantes a cuestionar es “¿Qué nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos?”<sup>1</sup>. Las causas raíz de los incidentes pueden encontrarse en una amplia mezcla de factores interconectados dentro del sistema, un sistema en que la universal e inevitable capacidad humana para cometer errores pueda haber sido dejada inadecuadamente sin control.

El principio del enfoque de sistemas equilibrados al error es tratado en el **Paso 1**. Entender porqué ha ocurrido un incidente es una parte fundamental de la investigación, y fundamental para garantizar que no se repita el incidente. Solo aprendiendo de las

causas subyacentes de un incidente podemos implantar nuevos métodos de trabajo para minimizar el riesgo<sup>b</sup> de un daño futuro<sup>c</sup>. Dado que los incidentes están siempre relacionados con fallos del sistema, cualquier investigación debe analizar minuciosamente una cadena compleja de eventos y la interacción entre condiciones locales, comportamientos humanos, factores sociales y puntos débiles organizativos.<sup>7,8</sup>

Para que el personal y contratistas de atención primaria se sientan cómodos informando sobre eventos significativos o incidentes, deben tener confianza en una cultura que sea abierta y justa, donde el personal se sienta capaz de hablar claro cuando tenga inquietudes, sabiendo que serán tratados con imparcialidad si así lo hacen. Crear, alimentar y mantener esta cultura es una responsabilidad de todos y cada uno de nosotros, así como la responsabilidad de informar sobre eventos significativos e incidentes de seguridad del paciente.

Una cultura abierta y justa no resta responsabilidad de actuación y respuesta profesional de los individuos tal y como se establece en sus códigos de conducta en la práctica. Esto define claramente que el profesional sanitario es responsable de mantener la competencia en la práctica.

### **Un resumen de los beneficios de un enfoque consistente para la investigación de incidentes**

La auditoría de eventos significativos (AES) puede aplicarse a todos los aspectos de la asistencia sanitaria, y debería ser emprendida por todas las prácticas de atención primaria, incluyendo médicas, odontológicas, farmacéuticas y optometría. Promueve un espíritu de práctica en equipo al requerir un enfoque multidisciplinar y se puede incorporar en la práctica diaria. Normalmente no implica una mayor recopilación de información y puede provocar un verdadero cambio en la atención del paciente. El personal, pacientes y cuidadores se aseguran de que las lecciones han sido aprendidas, que se han realizado las actuaciones necesarias y que se han efectuado mejoras en la prestación de la atención sanitaria.

Además, el AES constituye una parte integral del marco de prácticas para la prestación del gobierno clínico y cumple los requisitos del nuevo contrato de Servicios Médicos Generales (GMS); pueden obtenerse puntos adicionales y financiación si una práctica general emprende el AES.

---

<sup>b</sup> **Riesgo:** la posibilidad de que suceda algo que tendrá un impacto sobre individuos y/o organizaciones. Se mide en términos de probabilidad y consecuencias.

<sup>c</sup> **Daño:** lesión, sufrimiento, discapacidad o muerte – física, psicológica, social.

El AES también tiene beneficios para el personal. Se sienten escuchados y facultados para provocar un cambio, se identifican sus necesidades de formación y promoción y se les proporciona un procedimiento formal con el que celebrar sus éxitos y la defensa de una buena práctica.

El análisis de causa raíz (ACR) es otro método de investigación de incidentes que puede ayudar a las organizaciones de atención primaria, personal y equipos a tratar problemas de seguridad del paciente. Es una técnica para abordar una investigación sistemática que va más allá del personal individual implicado en un incidente y busca conocer las causas subyacentes y el contexto ambiental en que sucedió el incidente. Aunque hasta ahora no se haya utilizado ampliamente en atención primaria, es un método eficaz y útil para descubrir las verdaderas causas de los incidentes, del que se puede aprender y actuar en consecuencia.

El enfoque Análisis de Causa Raíz (ACR):

- proporciona un enfoque estructurado y consistente para la investigación en todos los servicios de atención;
- traslada el enfoque desde los individuos al sistema para ayudar a construir una cultura abierta y justa;
- aumenta la conciencia de cuestiones de seguridad del paciente;
- ayuda a la participación de los pacientes en la investigación;
- demuestra los beneficios de notificar incidentes;
- enfoca las recomendaciones y el cambio como resultado de identificar la causa(s) raíz de un incidente.

### ¿Cuándo realizar un AES o un ACR?

El nivel de análisis de un incidente depende de la gravedad y complejidad del problema; del tiempo y recursos disponibles; y de la capacidad y conocimiento. El periodo de tiempo de una investigación variará dependiendo de la complejidad; puede suponer una hora, un día, un mes o incluso un año.

En atención primaria la mayor parte de los incidentes o eventos que no provocan ningún daño al paciente o daño menor a moderado deberían examinarse utilizando AES. Los incidentes que provocan un daño grave o muerte deberían examinarse utilizando ACR. Si la información identifica temas o patrones, la organización puede decidir un enfoque agrupado de ACR/AES reuniendo un número de incidentes.

**Tabla 1**  
**Niveles de gravedad del daño**

Grado	Niveles de gravedad
<b>Sin daño</b>	Impacto evitado: cualquier incidente de seguridad del paciente que tuvo el potencial de causar daño pero fue evitado, resultando sin daño alguno para las personas que reciben atención sanitaria financiada con fondos del <i>NHS</i> . Impacto no evitado: cualquier incidente de seguridad del paciente acontecido pero sin producir ningún daño a las personas que reciben atención financiada con fondos del <i>NHS</i> .
<b>Bajo</b>	Cualquier incidente de seguridad del paciente que requiera una observación adicional o tratamiento menor <sup>d</sup> y que causó un daño mínimo a una o más personas que reciben atención financiada con fondos del <i>NHS</i> .
<b>Moderado</b>	Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó un aumento moderado del tratamiento <sup>e</sup> y que causó un daño significativo pero no permanente a una o más personas que reciben atención financiada con fondos del <i>NHS</i> .
<b>Grave</b>	Cualquier incidente de seguridad del paciente que tiene como resultado un daño permanente <sup>f</sup> en una o más personas que reciben atención financiada con fondos del <i>NHS</i> .
<b>Muerte</b>	<b>Muerte:</b> Cualquier incidente de seguridad del paciente que provocó directamente la muerte <sup>g</sup> de una o más personas que reciben atención financiada con fondos del <i>NHS</i> .

<sup>d</sup> **Tratamiento menor** se define como primeros auxilios, terapia adicional o medicación adicional. No incluye ninguna estancia adicional en el hospital o ningún periodo adicional como paciente externo, o tratamiento continuado mayor del tratamiento ya previsto. Tampoco incluye cirugía o readmisión.

<sup>e</sup> **Aumento moderado del tratamiento** se define como necesidad de cirugía, readmisión no prevista, caso de atención prolongado, tiempo adicional de hospitalización o como paciente externo, supresión del tratamiento, o traslado a otra unidad tal como cuidados intensivos como consecuencia del incidente.

<sup>f</sup> **Daño permanente** relacionado directamente con el incidente y no relacionado con el curso natural de la enfermedad del paciente o afecciones subyacentes, es definido como disminución permanente de funciones corporales, sensoriales, motoras, psicológicas o intelectuales, incluyendo extracción del miembro u órgano equivocado, o daño cerebral.

<sup>g</sup> La **muerte** ha de estar directamente relacionada con el incidente más que con el curso natural de la enfermedad del paciente o de afecciones subyacentes.

El cuadro siguiente detalla el nivel de investigación requerido para diferentes grados de incidentes de seguridad del paciente, y la siguiente lista proporciona el enfoque sugerido para la investigación del incidente.

**Tabla 2**

**Nivel de investigación para diferentes grados de incidentes de seguridad del paciente**

Grado	Nivel de investigación
<b>Sin daño</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• impacto evitado</li> <li>• impacto no evitado</li> </ul>	Organizaciones locales y prácticas, incluyendo farmacias, pueden recoger cada año 10 de estos incidentes para identificar lecciones aprendidas. Como se describió en el <b>Paso 4</b> estos casos son útiles para aprender lecciones en medidas preventivas. También pueden emplearse como incidentes para formar al personal en el enfoque de investigación de ARC o AES.
<b>Bajo</b>	Se requiere un nivel de investigación sencillo como es el AES.
<b>Moderado</b>	Las organizaciones deberían evaluar su capacidad para investigar y emprender un nivel de investigación en consecuencia.
<b>Grave</b>	Debe realizarse un ACR completo. El paciente y cuidadores deben ser informados y participar en cualquier investigación.
<b>Muerte</b>	Debe realizarse un ACR completo. Los cuidadores del paciente deben ser informados y participar en cualquier investigación.

**Auditoría de evento significativo**

La auditoría de evento significativo (AES) es la más utilizada en atención primaria y en particular en la práctica general<sup>9-16</sup> En esencia, un evento significativo puede ser algo que ha fallado o algo que casi falló - cualquier evento que pueda ser considerado significativo para la atención de pacientes o para la conducta de la práctica por cualquier miembro del equipo.<sup>17</sup>



Igualmente importante, un evento significativo puede ser algo que ha ido extremadamente bien, y que ha producido como resultado una mejora en el cuidado del paciente o en el trabajo diario de los equipos de atención.

AES es una parte importante del gobierno clínico y un componente clave del nuevo contrato del Servicio de Medicina General (GMS).<sup>18</sup> Nos ayuda a comprender qué sucedió en una situación que era considerada generalmente ajena a los patrones, aprender de ello, y realizar cambios que consecuentemente llevarán a mejoras en los servicios que facilitamos. Normalmente supone la investigación de un caso único o la revisión de una serie de incidentes con cuestiones constantes para que las lecciones, tanto positivas como negativas, sean aprendidas.<sup>19</sup>

Cualquier miembro del equipo de atención primaria debería ser animado a plantear eventos, que sean significativos para él, para ser discutidos por todo el equipo. También las experiencias de los pacientes pueden ser destacadas y tratadas. Todos estos puntos de vista pueden ser considerados de forma sistemática y servir de apoyo a través de la utilización del método de auditoria de evento significativo. Un método estructurado como este permite crear confianza para que su equipo pueda centrarse en “cuál es el fallo” en lugar de “quién falla”.

El proceso debería ser seguro y de ayuda y utilizado para generar soluciones. El énfasis está en cambiar sistemas no en adjudicar culpas. Las técnicas pueden:

- ayudar a crear una cultura en la que la seguridad se convierta en un enfoque diario.
- demostrar que la notificación marca la diferencia entre la atención al paciente y la seguridad del paciente;
- ayudar a aumentar los índices de notificación;
- ayudar a desarrollar una cultura de equipo.

La auditoria de eventos significativos debería utilizarse para eventos o incidentes que no provocaron ningún daño al paciente, y para aquellos que provocaron un daño leve o moderado. Para un daño grave o muerte del paciente, será necesario un análisis más exhaustivo de la causa raíz. El análisis de causa raíz es descrito más adelante en este Paso.

Los eventos significativos incluyen aspectos que afectan a pacientes, personal, entorno, administración y toma de decisiones. Todos los casos proporcionan oportunidades de aprendizaje, intercambio y mejora. Pueden ser identificados como:

- **Buena práctica:** una auditoría puede ser realizada en relación con una nueva forma de hacer las cosas, la identificación e implantación de prácticas basadas en evidencias o el desarrollo de protocolos locales.
- **Reacciones de pacientes:** el proceso del AES se puede utilizar para agradecimientos y quejas verbales o escritas, información de encuestas al paciente y buzones de sugerencias.
- **Incidente de seguridad del paciente:** cualquier incidente(s) no intencionado o inesperado que podría producir o produjo daño a una o más personas que reciben atención sanitaria financiada con fondos del *NHS*. Esto representa una desviación de la prestación de atención deseada, identificada a través de evaluaciones de riesgo o notificación de incidentes.

## Fases de la auditoria de evento significativo<sup>20</sup>

### Fase 1: acción inmediata

Actuar inmediatamente y registrar eventos/incidentes. El evento significativo/gobierno clínico dirigido por el equipo tendrá la responsabilidad de asegurar la notificación oportuna de eventos significativos y los resultados de cualquier análisis. Debería desarrollarse una base de datos para captar todos los eventos e incidentes. Esto debería analizarse con regularidad para proporcionar:

- respuesta;
- análisis de tendencias;
- lecciones aprendidas para compartir;
- información al comité pertinente;
- una base de datos de referencia para equipos clínicos y prácticas como referencia de buena práctica;
- Información para el registro de riesgos del *PCT/LHB*.

### Fase 2: recopilación de información

Identificar las personas implicadas y recabar documentación relevante. Existirán ocasiones en las que un evento significativo implique a participantes externos al equipo directo. Por ejemplo, un oculista puede ser requerido para que asista a un equipo de práctica general para auditar un evento significativo con respecto a diabetes, y un equipo de práctica puede ser requerido para que asista a un equipo de visita sanitaria para vacunaciones.

### **Fase 3: reunión**

Convocar y facilitar una reunión de AES. Cada equipo debería reunirse regularmente (al menos cada mes) para considerar los eventos notificados en el último mes y revisar las recomendaciones de eventos significativos previos para asegurar su implantación. Deberían estar presentes tantos miembros del equipo como sea posible y expertos que faciliten el diálogo. Es fundamental que, desde el comienzo hasta el final, la atmósfera del proceso sea abierta y justa.

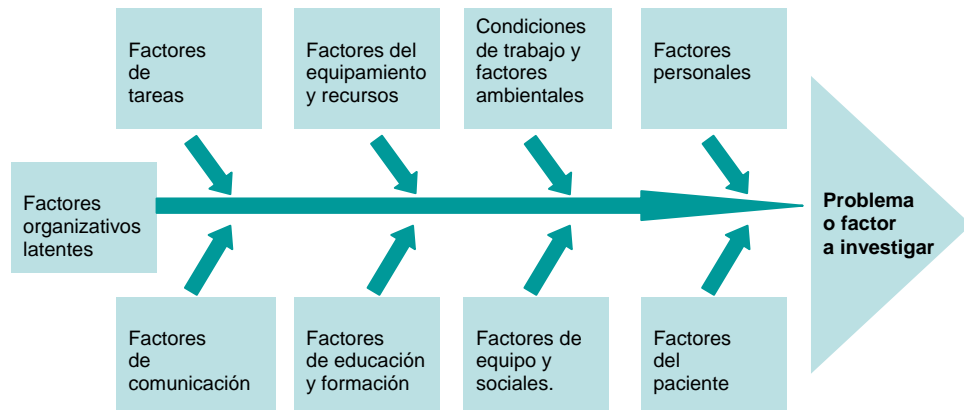
### **Fase 4: análisis**

Utilizar la reunión para identificar la cronología, factores causales y factores contribuyentes que llevaron al resultado y confeccionar una relación de posibles soluciones de cambio. Asegurar que el personal es felicitado por las cuestiones que han sido bien tratadas. Decidir de inmediato actuaciones a corto plazo, actuaciones a largo plazo o no realizar ninguna actuación. Decidir si existe la necesidad de avanzar a un ACR completo. Una sencilla herramienta tanto para AES como para ACR es un proceso llamado los “cinco porqués”. También conocido como el “gráfico porqué–porqué”, se centra en posibilitar al investigador de AES/ARC a comprender más en profundidad las causas de un incidente de seguridad del paciente .<sup>10</sup>

La técnica de los “cinco porqués” es muy fácil de entender y sencilla de enseñar. Es particularmente útil en un servicio de atención sanitaria cargado de trabajo y puede ser aplicada por una persona o un equipo. Después de la recopilación y planificación de la información e identificadas las áreas del problema, se pregunta por qué sucedió cada problema hasta que se encuentra la causa raíz.<sup>21</sup> Extrae las cuestiones fundamentales permitiendo al personal pensar más allá de las conclusiones inmediatas u obvias sobre quién era responsable o por qué sucedió un incidente. El número exacto de veces para preguntar “porqué” depende de la complejidad de las cuestiones; cinco veces es un indicador útil.

Otra herramienta para utilizar AES y ACR es el diagrama de espina de pez (diagrama de causa efecto):

## Diagrama de Espina de Pez



El diagrama de espina de pez es una sencilla forma ilustrada de representar información de factores contribuyentes. Una propuesta común es trazar una flecha horizontal en una hoja grande de papel o una pizarra en blanco. Anotar la cuestión o problema a ser investigado al final de la flecha. Después añadir espinas a la flecha a modo de espina de pez, dando a cada espina un encabezado de clasificación (factores contribuyentes de la *NPSA* esbozados arriba). Estos representan las áreas principales en las que se pueden explorar los factores activos y latentes que contribuyeron a la cuestión o problema identificado.

Los investigadores pueden no encontrar factores para cada encabezado y no deberían "forzar" factores para incluir algo en cada categoría.

Los factores activos o fallos son aquellas acciones u omisiones realizadas por el personal en el proceso de atención. Factores o condiciones latentes son aquellas decisiones tomadas antes del incidente o evento que permanecen latentes. Solo combinando varios factores activos y latentes es cuando se muestra el potencial de causar daño.

### Factores contribuyentes de la *NPSA*

- **Factores del paciente:** son los relativos al paciente(s) implicado en el incidente, como la complejidad de su enfermedad o factores como su edad o su idioma.
- **Factores individuales:** son los relativos al miembro(s) individual(es) del personal implicado en el incidente. Incluyen factores psicológicos, factores personales y relaciones laborales.
- **Factores de tarea:** estos incluyen las ayudas que apoyan la prestación de la atención al paciente, tales como políticas,

directrices y documentos de procedimientos. Tienen que estar actualizados, disponibles, comprensibles, utilizables, relevantes y correctos.

- **Factores de comunicación:** incluyen la comunicación en todas las formas: escrita, verbal y no verbal. La comunicación puede contribuir a un incidente si es inadecuada, ineficaz, confusa, o si llega demasiado tarde. Estos factores son relevantes entre individuos, en y entre equipos, así como en y entre organizaciones.
- **Factores de equipo y sociales:** estos factores pueden afectar negativamente la cohesión de un equipo. Implican comunicación entre un equipo, estilo de dirección, estructuras jerárquicas tradicionales, falta de respeto a miembros del equipo con menos experiencia y percepción de cometidos.
- **Factores educativos y de formación:** la disponibilidad y calidad de programas de formación a disposición del personal pueden influir directamente en su capacidad para desempeñar su trabajo o para reaccionar ante circunstancias difíciles o de emergencia. La eficacia de la formación como método de mejora de la seguridad está influenciada por el contenido, modelo de prestación, comprensión y evaluación de la adquisición de habilidades, seguimiento y actualizaciones.
- **Factores de equipamiento y recursos:** factores de equipamiento incluyen si el equipamiento está adaptado o no a las necesidades, si el personal sabe o no como utilizarlo, donde se almacena y la frecuencia del mantenimiento. Los factores de recursos incluyen la capacidad de proporcionar la atención requerida, distribución del presupuesto, asignación de personal y mezcla de habilidades.
- **Condiciones de trabajo y factores ambientales:** estos factores influyen la capacidad para cumplir con niveles óptimos en el puesto de trabajo e incluyen distracciones, interrupciones, temperatura inadecuada, iluminación deficiente, ruido y falta de o uso inapropiado del espacio.

#### **Fase 5: recomendaciones**

Es esencial que el equipo reflexione sobre eventos significativos previos, en particular sobre las recomendaciones resultantes, para garantizar que se han implantado como se acordó. Cada equipo, como parte del proceso de AES, definirá quién tiene la responsabilidad de implementar las recomendaciones y cuál es el plazo de ejecución. Esto debería ser registrado en un formulario de registro de evento significativo. Tras la implantación de recomendaciones la valoración del evento debe ser revisada y registrada al final del formulario de registro de evento significativo.

## **Fase 6: informar y compartir**

Designar un responsable para completar un informe. Compartir el aprendizaje con otros. En algunos casos la organización de atención primaria es requerida para informar a organizaciones externas sobre eventos significativos. Estas incluyen:

- Strategic Health Authority/Regional Office ;
- National Patient Safety Agency (NPSA);
- Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA);
- Welsh Health Supplies;
- Health and Safety Executive through RIDDOR (Reporting of Injuries, Dangerous Occurrences Regulations).

### **Ejemplos de eventos significativos en atención primaria para ser auditados**

La siguiente no es una relación exhaustiva, pero proporciona una guía de tipos de eventos que podrían ser remitidos para una AES:

- carta recibida sobre la que no se ha actuado;
- carta de requerimiento de derivación que es retrasada, no es enviada o tiene la dirección equivocada;
- resultados anómalos sin actuación posterior;
- violación de confidencialidad;
- quejas del paciente;
- carta de derivación no enviada;
- cuestiones del personal;
- error de medicación (paciente erróneo, medicamento equivocado, formulación, concentración, dosis y cantidad incorrectas; asesoramiento equivocado; prescripción ilegible o incompleta; reacciones adversas al medicamento; interacciones del medicamento; envase similar; envase y diseño deficientes.
- entrega errónea de resultados, documentación, muestras, etc.;
- fallos del equipamiento;
- asesoramiento incorrecto;
- error de diagnóstico;
- colapso;
- tratamiento inadecuado;
- abuso físico o verbal;

- visitas domiciliarias concertadas pero no realizadas;
- pérdida de una cita urgente necesaria;
- letra ilegible;
- llamada telefónica recibida pero no comunicada;
- ausencia de protocolos escritos;
- relaciones interprofesionales deficientes;
- comunicaciones internas deficientes;
- paciente que se enferma en la consulta;
- pacientes/clientes maleducados/agresivos

Se pueden encontrar una serie de ejemplos en el **Paso 4** y algunos más son descritos a continuación:

A un paciente se le prescribe un medicamento que tiene el potencial de interactuar con su medicación actual: esto es detectado por el farmacéutico quien, después de una llamada telefónica al médico, no dispensa el medicamento y comunica al paciente que tiene que volver a la consulta del médico quien le prescribirá otro medicamento.

Un médico general está fuera realizando una visita y recibe una llamada telefónica para visitar en la calle siguiente a un niño que no se siente bien y no puede ir a la consulta. La abuela que cuida del niño le dice que el niño no es alérgico a nada. El médico le prescribe penicilina. Cuando vuelve a su consulta el médico introduce la información en el ordenador y detecta que el niño es alérgico a la penicilina. Se contacta con la abuela y, como la receta no había sido dispensada, se le prescribió un medicamento alternativo.

La enfermera realiza una prueba Papanicolau a la Sra. W y le comunica que será informada si existiera cualquier problema con los resultados. Los resultados son anómalos y la enfermera intenta ponerse en contacto con la Sra. W pero no hay registro de un número de teléfono y la Sra. W no aparece en la guía telefónica. Se le envía una carta pero es devuelta y es evidente que la Sra. W se ha mudado y no lo ha notificado a la consulta. Mientras tanto, la Sra. W asume que como no ha tenido noticias entonces el resultado debía ser normal. Seis meses después la Sra. W va a la consulta a una cita rutinaria, se le comunica el resultado y se le deriva.

En una consulta de medicina general Y, la madre de un niño de cuatro años que comenzaba el colegio ha tratado con el médico las vacunas del Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR). Los padres habían retrasado la vacunación de su hijo de estas tres enfermedades porque estaban preocupados por todo lo que habían leído en los periódicos sobre los posibles efectos secundarios. No estaban convencidos de que su hijo debiera ponérselas como si fuera un “niño enfermo”. El doctor registró su decisión.

Los padres sabían que su hijo necesitaba las vacunas de refuerzo preescolar y aceptaban realizarlas. Siguiendo la notificación del sistema de notificación automática de que las vacunas tenían que renovarse, la madre y el hijo volvieron a la consulta de vacunación y esperaron su turno. La enfermera verificó la tarjeta de cita del niño, que había generado el requisito de que el niño recibiera la vacuna de refuerzo preescolar, menos el elemento de tosferina convulsiva y la vacunación para SPR. La enfermera pregunta a la madre si quiere que le administre el elemento de la tosferina convulsiva, a lo cual la madre acepta. La enfermera procedió a administrar al niño las vacunas de refuerzo preescolar y la SPR. Es solo después, cuando la madre y el niño han abandonado la consulta y cuando la enfermera verifica las observaciones del niño, que descubre que los padres habían rechazado la administración de la vacuna SRP para su hijo.

### **Ejemplo de práctica odontológica**

Un paciente de 14 años, John Smith, visita un especialista en ortodoncia para una evaluación siguiendo una derivación del dentista. La madre de John está preocupada porque parece que su hijo tiene “demasiados” dientes y parecen más torcidos. El ortodoncista explica a la madre que John tiene una serie de piezas infantiles que están retenidas y no tiene espacio suficiente para toda su dentadura definitiva. Tanto las piezas infantiles como las permanentes han de ser extraídas para aliviar la aglomeración. Después de considerar el plan de tratamiento con John y su madre, el ortodoncista registra, en la historia del paciente, qué piezas dentales han de extraerse. Al terminar la consulta el ortodoncista redacta una carta



explicando el plan de tratamiento y se la entrega a la secretaria para que la mecanografía. El ortodoncista revisa y firma la carta y se envía a la consulta del dentista en la semana de la cita.

John y sus padres asistieron a su consulta para comenzar su tratamiento. John estaba muy nervioso y dijo que quería ir al hospital para la extracción de sus muelas. Como a John se le tenían que extraer piezas en los cuatro cuadrantes, el dentista acordó derivar a John al Servicio Dental Comunitario (CDS) para la posibilidad de extracción de muelas con anestesia general en un hospital. El dentista redacta una carta e incluye una copia de la carta del ortodoncista. En ningún momento de la consulta John es examinado sobre el plan de tratamiento que había sido formulado basado en el consejo del especialista en ortodoncia.

John visita con sus padres al cirujano dentista para una valoración; en este caso había un suplente en una consulta con mucho trabajo. El cirujano suplente va retrasado en el horario de consulta y como tiene la carta del paciente y la carta del médico general, no realiza un examen oral del paciente. Se le realizan las pruebas sanitarias pertinentes y se le concierta anestesia general para las extracciones.

Unas semanas más tarde John va al hospital para su cirugía y su padre firma el consentimiento. El documento de consentimiento dice extracción de cuatro piezas infantiles y cuatro piezas permanentes, John va al quirófano y se le pone una etiqueta en el babero del paciente detallando las piezas a extraer. Como no se había realizado ningún gráfico en la visita de evaluación, las piezas a extraer son copiadas de la carta del ortodoncista. La enfermera verifica en el brazalete de identidad del paciente que el paciente era John Smith. John tuvo su tratamiento como estaba prescrito en la etiqueta del babero y volvió a la sala de recuperación. A medida que John comenzó a recuperarse la madre comenzó a agitarse exigiendo ver al dentista. Dijo que aún tenía algunas de las piezas que ella pensaba habían extraído. En una inspección más detallada por el cirujano dentista, se habían extraído ocho piezas permanentes.

## Análisis de causa raíz

Una causa raíz es la causa o causas que, si se tratan, prevendrán o minimizarán las posibilidades de recurrencia de un incidente. Aunque el término pueda implicar que hay una única causa raíz, normalmente existen con frecuencia una serie de aspectos en el incidente que, si hubieran sido rectificadas, podrían haber prevenido que sucediera el incidente.

El análisis de causa raíz (ACR) es una técnica para emprender una investigación sistemática que examina más allá de las personas relacionadas y busca comprender las causas subyacentes y el contexto ambiental en el que ocurrió el incidente. En general hay una cadena de eventos y una gran variedad de factores contribuyentes que preceden un incidente eventual.<sup>22</sup> El enfoque es retrospectivo y multidisciplinar, y está diseñado para identificar la secuencia de eventos, aplicándose retrospectivamente al incidente. Esto permite que emerjan las verdaderas causas de un incidente para que las organizaciones puedan aprender y establecer acciones correctivas.

Dependiendo del nivel de gravedad, como lo referido anteriormente, un ACR puede basarse en una auditoría de evento significativo, o ser utilizado como el enfoque primario en la investigación del incidente.

El ACR estudia un incidente desde distintos puntos de vista, incluyendo en la mayoría de casos los del paciente y la familia. La investigación ha demostrado que un enfoque ACR para la investigación de un incidente obtendrá una serie de beneficios para la seguridad del paciente.<sup>15,23</sup>

### ¿Quién participa en el análisis de causa raíz?

Cualquier miembro del personal puede participar en un ACR. Puede ser proporcionando información, recopilando antecedentes, o facilitando entrevistas. Aunque una persona puede emprender un ACR, normalmente se establece un equipo responsable principal. Al menos una persona en el equipo debería tener formación en las herramientas y técnicas de ACR para que pueda formar al resto del equipo.

En todos los incidentes el investigador(es) ha de demostrar competencia, credibilidad, objetividad y grado de independencia. En incidentes graves, o que provoquen el fallecimiento del paciente, está totalmente indicado la utilización de un equipo. En algunos casos se requerirá cierta independencia. Existen distintos niveles de independencia que pueden ser utilizados, tal como disponer de un experto para revisar las conclusiones de la

investigación, o emplear una persona independiente de otra organización para introducirla en el equipo, o solicitar a una persona independiente que dirija la investigación. Cualquier investigación debe incluir personal relevante del equipo multidisciplinar.

Pueden ser consultados asesores expertos externos, como los directores de seguridad del paciente de la *NPSA*, para garantizar que el conocimiento especializado se aplica adecuadamente en función de la singularidad del incidente.

### **Participación del paciente**

La perspectiva del paciente y del cuidador es inestimable. Los pacientes y sus cuidadores deberían participar en la investigación del incidente, por ejemplo, preguntarles sobre su percepción de los sucesos e informarles sobre la investigación, las conclusiones y las acciones correctivas propuestas. A los pacientes y cuidadores se les debería ofrecer también apoyo y asesoramiento. El nivel de participación depende de la naturaleza del incidente, pero incluye:

- comunicar al paciente y sus cuidadores que ha ocurrido un incidente de seguridad del paciente;
- informarles sobre el tipo de investigación emprendida y sobre el significado del AES o ACR;
- informarles sobre el progreso de la investigación;
- consultar su percepción de los eventos que precedieron al incidente e identificar una cronología de eventos tal como ellos lo experimentaron;
- consultar sus puntos de vista en cuanto a los cambios requeridos;
- hacerles partícipes en las reuniones pertinentes;
- informarles de las conclusiones del proceso y entregarles un informe por escrito;
- proporcionarles información sobre los cambios propuestos que pondrá en marcha la organización.

## Pasos a seguir para el éxito del análisis de causa raíz

Es importante que todas las investigaciones de seguridad del paciente aborden todas las fases descritas a continuación:

- 1 identificar qué incidentes deben ser investigados;
- 2 recopilar la información;
- 3 planificar eventos;
- 4 analizar la información;
- 5 analizar barreras;
- 6 elaborar soluciones y acciones para su implantación;
- 7 concluir un informe y compartir las lecciones aprendidas.

La sección siguiente muestra estas fases con más detalle.

### 1 Identificar qué incidentes deben ser investigados

Tal como hemos mencionado anteriormente en este Paso, cada organización, práctica o equipo debe considerar los factores y evidencias de un incidente para determinar cuán detallada debe ser la investigación. El impacto del incidente, en relación con la gravedad del daño producido al paciente, debe ser una guía para el alcance de la investigación. Igualmente, la complejidad de la investigación debe corresponderse con la complejidad que ha provocado el incidente. Además, la organización debe priorizar los incidentes que necesitan un ACR completo de conformidad con los recursos y capacidades disponibles.

Cada política de notificación de incidentes de una organización de atención primaria, o estrategia de gestión del riesgo, describe un enfoque modelo para cada nivel de incidente de seguridad del paciente. Las directrices siguientes ayudarán a las organizaciones de atención primaria a determinar qué incidentes deben ser investigados:

#### **El nivel de gravedad de afectación al paciente**

Debe iniciarse un ACR completo para:

- todas las muertes inesperadas relacionadas directamente con un incidente;
- todos los incidentes que provocaron una probable lesión permanente, pérdida funcional o pérdida de una parte del cuerpo.

## **El potencial de aprendizaje**

El ACR puede ser considerado para:

- incidentes en los que el paciente necesite más tratamiento, terapia, intervención o derivación a servicios especializados;
- incidentes que fueron prevenidos pero que fueron considerados por el investigador como susceptibles de ser examinados más en profundidad, abordando no solo qué, porqué y cómo sucedió, sino también las actuaciones que previnieron que el incidente afectara al paciente(s), para posibilitar el aprendizaje;
- todos los incidentes que desencadenan investigaciones externas, tal como investigaciones por jueces de instrucción, quejas, demandas judiciales o investigaciones penales.

## **2 Recopilar la información**

Uno de los cometidos principales del investigador(es) del incidente es recopilar evidencias y conservarlas de forma que puedan ser examinadas fácilmente. Aquí explicamos los tipos de información necesaria para un ACR e indicamos como puede recopilarse de un modo eficaz.

### **Recopilación de información**

Existe una amplísima selección de información y datos en torno a cualquier incidente. Puede ser difícil distinguir lo que es relevante de lo que no lo es. Los tipos de información que requiere una investigación incluyen:

- registros sanitarios (adviértase que todos los incidentes de seguridad del paciente deberían ser registrados en el registro pertinente del paciente incluyendo práctica, y registros comunitarios, junto con cualquier otra información relevante. La información registrada debe incluir una explicación de los hechos (explicación objetiva) del incidente y detalles sobre cualquier tratamiento posterior requerido por el paciente. También deben registrarse en su historial médico las conversaciones con los pacientes y sus cuidadores. Los detalles de una investigación más amplia deberán mantenerse en el dossier del informe del incidente);
- resultados y pruebas diagnósticas relevantes;
- políticas y protocolos vigentes;
- métodos relevantes de atención integral, cuando esté disponible;
- el informe de notificación del incidente (adviértase que el informe de notificación del incidente no se guarda en los registros del paciente, pero si se mantiene en el archivo de notificación del

incidente, junto con las implicaciones del tratamiento, que son descritas en el registro);

- la lista de personal clave implicado e informes escritos del personal;
- otros datos (cualquier investigador puede decidir la necesidad de recopilar otros elementos de evidencia, dependiendo del tipo de incidente. Estos pueden incluir registros telefónicos de ambulancia para verificar tiempos de respuesta, informes de auditoría, actas de reuniones de dirección, horarios del servicio, informes de mantenimiento, información de acreditación de seguridad, por ejemplo del material eléctrico, y evaluaciones del riesgo).

### **Entrevistas**

Deben realizarse entrevistas para averiguar qué sucedió y por qué sucedió. Esto ha de explicarse con detalle a los entrevistados. El proceso de la entrevista debe ser de apoyo y no inquisitivo, y debe realizarse en privado. El personal puede requerir más apoyo y asesoramiento después de un incidente de seguridad del paciente. Los trusts de atención primaria y consejos sanitarios locales deben establecer mecanismos para asegurar que el personal tenga acceso al apoyo y/o asesoramiento si es requerido.<sup>4,24</sup>

Las entrevistas aumentan tanto la cantidad como la calidad de la información obtenida de testigos y pacientes. Para el personal, la entrevista debe ser utilizada para determinar el papel de la persona que es entrevistada, registrando sus actuaciones y una cronología de eventos tal como se percibieron. Puede utilizarse una técnica como la entrevista cognitiva para obtener información, intentando que el entrevistado recuerde exactamente qué observó antes y después de que sucediera el incidente. Después se comparan las entrevistas y se utilizan para crear una idea completa de lo que sucedió.

Los resultados esperados de las entrevistas son:

- Establecer una cronología de eventos (por ejemplo: qué sucedió). Las preguntas son normalmente abiertas y pueden incluir variaciones sobre lo siguiente:
  - ¿qué cree que sucedió?
  - ¿en qué se basó para tomar esta decisión?
  - ¿cuáles eran sus objetivos específicos en el momento?
  - ¿qué ocurrió después?

- Establecer los factores que condujeron al incidente (por ejemplo: cómo y por qué sucedió). Esto incluye solicitar información:
  - dígame los pasos principales que dio usted;
  - describame los eventos que acontecieron;
  - muéstreme cómo lo hizo;
  - ¿puede explicar más?

### **Equipamiento**

El equipamiento que pueda haber precipitado o causado daño debe ser preservado, en su totalidad si es posible, en el estado en que se encontraba en el momento del incidente. Debe considerarse su envío al MHRA tras su descontaminación. Un ejercicio útil para la investigación de algunos incidentes es tener una maqueta de tamaño natural del equipo. Esto es especialmente útil para incidentes relacionados con la medicación.

### **Visitas al emplazamiento**

Una visita al emplazamiento puede ayudar al investigador a establecer si el entorno material fue un factor contribuyente en el incidente. Puede ayudar a comprender mejor factores tales como el campo visual entre un miembro del personal y el paciente afectado por el incidente de seguridad, o la ubicación del equipamiento.

El investigador debe ser acompañado en la visita al emplazamiento por alguien que estuviera presente cuando sucedió el incidente. Puede ser útil realizar la visita cuando las condiciones del lugar se correspondan con las del momento del incidente, por ejemplo, por la noche o con la consulta muy concurrida.

Fotografías, mediciones o bosquejos de distribución son registros útiles de la visita y pueden ayudar en análisis posteriores.

En algunas circunstancias una visita al emplazamiento puede también implicar una reconstrucción del incidente, por ejemplo: situar a las personas y el equipamiento tal cual estaban cuando sucedió el incidente y recrear los pasos que llevaron al incidente. Esto es particularmente útil para incidentes complejos donde el personal está confuso sobre las personas que se encontraban en ese momento, o cuando no han sido identificadas las causas raíz. La reconstrucción debería ser un evento no intimidatorio para mejorar la investigación, y no para atrapar a personas de cualquier forma.

### 3 Planificar los eventos

Una vez que el investigador ha recopilado la información básica sobre un incidente, la aportación del personal relacionado con el incidente ayuda a unir las piezas de la cadena de eventos que condujeron al mismo. Esto también puede ser un foro valioso para desarrollar ideas sobre cómo adaptar el sistema para prevenir que se repitan incidentes.

Se ha comprobado que implicar al personal en este ejercicio de planificación tiene un impacto positivo significativo en la forma de trabajo conjunto del equipo y produce una sensación real de contribución a una solución factible. Idealmente un equipo de ACR incluirá todo el personal implicado en el incidente. Ellos deben considerar el incidente conjuntamente en lugar de por separado o desde posiciones individuales sobre el asunto.

#### **Dirigir una revisión de equipo multidisciplinar**

La revisión de equipo multidisciplinar ofrece a todos los miembros del personal implicados en el incidente la oportunidad de contribuir con su versión de la cronología y con su visión de los factores causales.<sup>4,25</sup> Esto puede implicar a personal de todos los servicios de atención.

Esta puede ser la primera vez que el personal ha podido abordar el incidente con detalle y escuchar lo que manifiestan otros implicados. Es importante que no se sientan obligados a realizar una aportación detallada y honesta para el proceso de revisión. Un modo de lograrlo es hacer partícipe a un coordinador experto, que sea capaz de superar tensiones y de enfatizar que la revisión es una oportunidad positiva de aprendizaje para todos. Otro modo puede ser la utilización de técnicas tales como *brainwriting* (descrita más adelante). El tiempo es algo valiosísimo para el personal sanitario de forma que cualquier revisión de equipo debe ser tan corta como sea posible, con una agenda acordada, un encargado de redactar las actas distinto del coordinador y resultados claros. Puede utilizarse la línea temporal para registrar la información en la revisión de equipo.



La línea temporal es un método para planificar y rastrear la cadena cronológica de eventos en un incidente. Permite al investigador(es) identificar lagunas de información así como problemas críticos que surgieron en el proceso de prestación de la atención. Se pueden encontrar ejemplos de diferentes líneas temporales en la herramienta ACR ([www.npsa.nhs.uk/rca](http://www.npsa.nhs.uk/rca)).

#### 4 Analizar la información

Una vez que la información sobre un incidente ha sido recopilada y planificada debe ser analizada para identificar causas subyacentes y lecciones que pueden ser aprendidas. Cuando se realiza esta fase del ACR, es fundamental que el investigador considere las circunstancias que afrontaron las personas en el momento y las evidencias que existían antes de ellos, sin estar predispuesto por el resultado o por una visión retrospectiva.

Predisposición retrospectiva es cuando parecen obvias las decisiones que deberían haber sido adoptadas en el momento en que se produjo el incidente porque todos los factores parecen claros después del evento. Esto lleva a juzgar y a hacer suposiciones sobre el personal próximo al incidente.

Predisposición al resultado es cuando el resultado de un incidente cambia la forma en que es analizado. Cuando un incidente produce la muerte de un paciente es considerado de un modo muy diferente a un incidente que no produce ningún daño, incluso cuando el tipo de incidente sea exactamente el mismo. Por ejemplo, dar una dosis doble de paracetamol es la misma acción que dar una dosis doble de morfina, pero las consecuencias son muy diferentes cuando se tienen en cuenta otros factores tal como la edad del paciente y su estado de salud. Cuando se juzga a las personas de forma distinta en función de que el resultado sea bueno o malo, la responsabilidad deviene incoherente e injusta.

Están disponibles una serie de herramientas de análisis, aunque las siguientes han demostrado funcionar bien en diferentes servicios sanitarios. Pueden ser utilizadas por un investigador o por un equipo de investigación:

- *brainstorming* (lluvia de ideas);
- *brainwriting* (lluvia de ideas escritas);
- técnica de grupo nominal;
- cinco porqués;
- diagramas de espina de pez (causa- efecto, basados en la lista de factores contribuyentes de la *NPSA*).

### **Brainstorming (Lluvia de ideas)**

El objetivo del *brainstorming* es generar en poco tiempo tantas ideas como sea posible sobre un tema. Se puede utilizar para identificar las causas de un incidente o las soluciones para esas causas. No existe un tamaño ideal de grupo, aunque es una buena indicación que participen entre cinco y quince personas. Comienza permitiendo tiempo para pensar y después se solicitan sugerencias. La mejor forma de captar ideas es designar a alguien para escribir las ideas en un rotafolio o en notas adhesivas para adherirlas a un tablero. Una vez escritas todas las ideas el grupo discute cada tema y las ordena de acuerdo a su prioridad.

Existen dos formas básicas:

- a) *Brainstorming* no estructurada: todos pueden libremente expresar ideas. En general esto es muy espontáneo pero con frecuencia es más confuso que un *brainstorming* estructurado y puede llevar a que uno o más individuos dominen la actividad.
- b) *Brainstorming* estructurada: cada participante ofrece una idea por turno. Esto puede ser más constructivo y permite una participación más igualitaria, pero posiblemente sea menos espontánea.

Una desventaja de un debate abierto estilo *brainstorming* es que algunos miembros del grupo pueden ser reacios a proporcionar ideas voluntariamente en presencia de ciertos colegas.

### **Brainwriting (Lluvia de ideas por escrito)**

*Brainwriting* comparte muchas características con *brainstorming* pero las ideas son propuestas por escrito de forma anónima y solo son leídas por el coordinador. El coordinador puede entonces transcribir los puntos en un rotafolio o un tablero para la consideración del grupo. Debido a que la fuente de ideas es anónima, con frecuencia esto funciona bien en grupos con una combinación de personal experimentado y personal menos experimentado. Tiene más ventajas que un *brainstorming* cuando se esperan ideas complejas, o para evitar que una o más personas dominen la actividad.

### **Técnica de grupo nominal (TGN)**

Este es otro método estructurado para generar una relación de ideas, priorizando las ideas de todo el grupo o decidiendo qué ideas examinar más en profundidad. Más formal que el *brainstorming* o *brainwriting*, la TGN es una sencilla herramienta de preparación y voto consensuado que permite la participación de todos los miembros del grupo. Es llamada “nominal” porque en el proceso de generación de ideas el grupo no interactúa, haciéndolo ideal para cuestiones controvertidas.

La técnica se realiza normalmente en dos fases – una sesión enfocada en *brainstorming* o *brainwriting* seguida por un proceso de selección. Se puede encontrar más información en el grupo de herramientas ACR.

## **5 Análisis de barreras**

Una barrera es una medida de defensa o control para prevenir daño a objetivos vulnerables o valiosos (por ejemplo: personas, edificios, reputación de la organización o toda la comunidad). Una barrera en atención sanitaria es un obstáculo (por ejemplo: armarios con cerraduras para medicamentos controlados), o actuaciones preventivas (por ejemplo: utilizar una lista de control). El hecho de que un incidente de seguridad del paciente haya sucedido significa que una o más barreras han fallado.

Esta fase de ACR es conocida como “análisis de barreras”<sup>26-29</sup> y está diseñada para identificar:

- qué barreras deberían haber estado establecidas para prevenir el incidente;
- porqué fallaron las barreras;
- qué barreras podrían utilizarse para prevenir que se repita el incidente.

Ofrece un método estructurado para visualizar los eventos relacionados con fallos del sistema y puede utilizarse reactivamente para solucionar problemas o proactivamente para evaluar barreras existentes.

Existen cuatro tipos de barreras. Los ejemplos de cada tipo se relacionan a continuación:

#### **a) Barreras físicas (un obstáculo físico real):**

- código de barras;
- puertas de acceso codificado;
- programas informáticos que evitan que un usuario continúe si no completa un campo;

- medicamentos controlados guardados en armarios con doble cerradura que requieren dos llaves, normalmente guardadas por separado.

**b) Barreras naturales (barreras de distancia, tiempo o ubicación):**

- un sistema de revisión de prescripciones en una farmacia, por ejemplo, un periodo de diez minutos entre la primera revisión y la dispensación del medicamento.

**c) Barreras de acción humana:**

- revisar la temperatura del baño antes de sumergir a un paciente anciano;
- confirmar la identidad del paciente con otro miembro del personal;
- confirmar la identidad del paciente con el paciente, cuidador o familiar;

**d) Barreras administrativas:**

- protocolos y procedimientos;
- listas de control;
- avisos de alerta;
- registros profesionales.

Las barreras físicas son las más fiables en cuanto a proporcionar soluciones para evitar fallos en problemas de seguridad. Las barreras naturales, aunque menos eficaces, proporcionan generalmente una solución más sólida que las barreras de acción humana y administrativas. Las barreras c) y d) son consideradas las menos fiables porque se apoyan en la acción y el comportamiento humano, y se pueden cometer equivocaciones.

## **6 Desarrollar soluciones y acciones de implantación**

Notificar e investigar incidentes no tiene ningún valor si el servicio sanitario fracasa al realizar cambios como resultado de las lecciones aprendidas. Las recomendaciones han de ser priorizadas para asegurar que el personal no está sobrecargado con numerosos cambios y cualquier solución debe ser realista y sostenible. Las acciones y soluciones potenciales que son identificadas a través de la investigación pueden introducir ellas mismas más riesgos para los pacientes, así pues una parte fundamental de este proceso es evaluar el propio riesgo de las recomendaciones y soluciones. Este proceso es descrito en el **Paso 7**.

## 7 Concluir un informe

El ACR y AES concluye con un informe de investigación. Necesita ser redactado tan pronto como sea posible después de la investigación. Cuando se redacta un informe hay que tener presente que debe ser accesible y comprensible para todos los lectores. Los interesados en la lectura del informe de investigación pueden ser:

- el paciente y sus cuidadores;
- comités de gestión organizativa, por ejemplo, el Comité de Gobierno Clínico;
- Consejo del *Trust* de Atención Primaria/Comité Ejecutivo Profesional/Consejo Sanitario Local;
- oficina del juez de instrucción;
- Autoridad Estratégica Sanitaria/Oficinas Regionales de la Asamblea de Gobierno de Gales;
- Ministerio de Salud;
- medios de comunicación local y nacional;
- el público en general.

### **Guía básica para redactar un informe de investigación**

- Redactarlo de forma sencilla y de fácil lectura.
- Comenzar con un resumen, describiendo el incidente en términos breves, sus consecuencias y la naturaleza de las investigaciones, conclusiones y recomendaciones.
- Utilizar una lista de contenidos y encabezamientos claros que sigan las fases de AES/ACR.
- Incluir el título del documento e indicar si se trata de un borrador o de la versión final.
- Incluir la fecha de la versión, iniciales de referencia, nombre del documento, "fichero informático" y número de página a pie de página.
- Utilizarlo como un foro de aprendizaje y no como atribución de culpas.
- No utilizar ninguna información sobre la identidad de los miembros del personal involucrado en el incidente, por ejemplo, no utilizar nombres ni apellidos – en su lugar utilizar nombres en clave "Dr. A" o "Enfermera Y" (la clave del código debe ser mantenido confidencialmente por el investigador).

- Incluir recomendaciones de cambio y exponer soluciones en la conclusión. Debe incorporar también un plan de acción con líderes designados para implantar las soluciones, y el plazo de ejecución de la implantación.
- Incluir una lista resumen de recomendaciones, una lista de evidencias documentales, copias de evidencias cuando sea necesario y gráficos relevantes en los apéndices (línea temporal, esquemas de espina de pez, etc.).

Todos los informes y recomendaciones de AES/ACR deben ser supervisados regularmente (al menos trimestralmente) por la práctica/organización. Esto puede realizarlo el director de gobierno clínico o gestión del riesgo. También se ha de informar y garantizar al consejo de organizaciones de atención primaria y al comité profesional ejecutivo que las actuaciones correctivas han sido realizadas y supervisadas.

### Acciones clave para las organizaciones de atención primaria

- Desarrollar un enfoque coherente, utilizando las mismas herramientas y técnicas empleadas para ACR cuando se realiza un AES. Práctica en la utilización de incidentes que fueron evitados y los pacientes no sufrieron daño.
- Asegurar que su personal está formado para investigar incidentes. Puede realizarse accediendo a la formación facilitada por la NPSA (son elegibles hasta ocho personas clave del personal de su trust de atención primaria o consejo sanitario local para la formación gratuita en ACR). Asegurar que este personal se convierte en su equipo local de investigación y formadores en ACR.
- Aumentar la conciencia de AES y ACR a través de presentaciones de casos y formación de equipos multidisciplinares.

### ¿Cómo puede ayudar la NPSA?

La NPSA está promoviendo un proceso práctico y sistemático de aprendizaje de incidentes de seguridad del paciente. También trata de facilitar que pueda compartirse el aprendizaje en todo el servicio sanitario y de realizar progresos hacia la mejora de la seguridad del paciente de un modo más rápido y más eficaz.

Uno de los elementos clave de promoción del aprendizaje ha sido desarrollar la técnica de ACR para su aplicación en el contexto de atención sanitaria. El conjunto de herramientas ACR de la NPSA está basado en un estudio de la cadena cronológica de eventos, que es utilizado desde hace tiempo.<sup>30, 31</sup> Está basado en el trabajo de expertos en investigación de incidentes organizativos

(consultar *Rasmussen*,<sup>32, 33</sup> *Reason*,<sup>34</sup> *Taylor-Adams and Vincent*,<sup>35</sup> y *Vincent et al*<sup>36</sup>).

### **Formación en ACR**

El objetivo de la NPSA es ayudar a las organizaciones locales del Sistema Nacional de Salud (NHS) a garantizar que el equipo de investigación que ellas creen sea competente en ACR, proporcionando formación presencial y vía internet.

La NPSA está facilitando formación en ACR a todas las organizaciones de atención primaria en Inglaterra y Gales que comienzan a participar en notificación nacional. El objetivo es asegurar que a través de todo el NHS existe personal con conocimientos para dirigir y tomar parte en ACR.

Los directores regionales de seguridad del paciente proporcionarán redes gratuitas de formación para hasta ocho delegados de cada organización de atención primaria. La NPSA ayudará a cada organización a designar a los delegados más apropiados. La red de formación es un programa de tres días, realizado un día al mes durante tres meses. El tiempo entre sesiones se utilizará para consolidar el aprendizaje.

La NPSA también está ofreciendo un curso preparatorio en ACR de un día y otros cursos a medida con un coste. Esto estará abierto a todo el personal perteneciente y no perteneciente al NHS. Además, están siendo desarrolladas clases master y acreditación para una formación más avanzada.

En última instancia, la formación apoyará la amplia estrategia para aprender de incidentes de seguridad del paciente, reducir su impacto mediante soluciones seleccionadas de seguridad nacional y mejorar por tanto la seguridad del paciente en todo el NHS.

### **Conjunto de herramientas de ACR**

Apoyo práctico para utilizar ACR puede encontrarse en el conjunto de herramientas de aprendizaje vía Internet en la página Web de la NPSA ([www.npsa.nhs.uk/rca](http://www.npsa.nhs.uk/rca)). El conjunto de herramientas proporciona al personal del NHS una guía sobre como recopilar datos y analizar incidentes, e incluye una herramienta interactiva para ayudarles a crear confianza en la realización del ACR. Toda la información es útil tanto para el AES como para el ACR. Incluye asesoramiento sobre como documentar y organizar evidencias, directrices sobre entrevistas al paciente y al personal, detalles e ilustraciones de técnicas para analizar la información del incidente, herramientas de análisis de barreras, y estudio de casos para ayudar al personal a familiarizarse ellos mismos con la metodología.

Los módulos de estudio 1-4 tratan en profundidad con procesos de ACR para recopilar información; los módulos 5-6 son para personal que quiere dirigir el análisis. El centro de recursos de formación en internet contiene documentos descargables cubriendo una gama de herramientas de ACR, un glosario, referencias clave y vínculos.

## Buena práctica en aprender y compartir lecciones de seguridad

### **Caso de estudio: Trust de Atención Primaria Sutton y Merton**

Un residente en una residencia para personas con discapacidad profunda de aprendizaje sufrió una escaldadura superficial en sus glúteos, probablemente después de haber sido duchado. Se utilizó un análisis de causa raíz para investigar las causas del incidente.

“Las personas precipitaron conclusiones y, por ejemplo, decían que el problema era una ducha defectuosa, pero eso no revelaba todas las otras cuestiones como registros de gestión y falta de notificación”, dijo Phillip Brown, Director de Salud y Seguridad del Sutton and Merton.

“El incidente podría parecer único pero destapó un gran problema del sistema. Sucedió en febrero, aunque la investigación remarcó cuestiones remontándose a noviembre. La formación en análisis de causa raíz ha sido inestimable. Puede ayudar a establecer causas múltiples. Las diferentes técnicas se utilizarán en el futuro para comprender incidentes y establecer controles para prevenir recurrencias” añadió el Sr. Brown.

El paciente, que no podía comunicarse verbalmente, no tenía un daño evidente a primera vista. Posteriormente no quedó claro lo que sucedió en el incidente, ya que el horario de la ducha solo podía relacionarse con el programa de gestión intestinal del paciente, y aquello no había sido registrado con exactitud.

Algún tiempo antes del incidente se había observado que la temperatura de la ducha fluctuaba, y una persona del departamento de mantenimiento había identificado un posible fallo en el control de temperatura, manifestando que lo cambiaría. Esto no sucedió.



Como consecuencia del análisis de las causas raíz del incidente resultaron una serie de recomendaciones. Al personal se le recordó que debía introducir todos los problemas o inquietudes en el libro de 24 horas de forma que todos fueran conscientes de los riesgos potenciales para los residentes. Se debía rellenar un Documento de Notificación de Incidentes y Accidentes tan pronto como se descubriera un problema potencial.

Cualquier equipo eléctrico debía ser retirado inmediatamente del servicio después de suscitar preocupación en relación con la seguridad de su uso. La temperatura de las duchas debía ser revisada regularmente por miembros del equipo antes de bañar a cada paciente.

### **Caso de estudio: Compartir acciones después de la notificación de eventos (SAFER), Gwent, Gales**

*SAFER* es un sistema de notificación anónimo de incidentes de prescripción y dispensación para farmacéuticos y médicos generales.

Nuala Brennan, un farmacéutico y consultor de farmacia pública sanitaria en el Servicio de Salud Pública Nacional de Gales, dirige el proyecto: “Queremos personas que compartan sus experiencias y aprender los unos de los otros. Pero un error de dispensación es una infracción penal y creemos que no obtendríamos muchos informes si las personas fueran identificables.”

El sistema, ahora en su segundo año, ha sido extendido a todos los cinco consejos sanitarios locales en Gwent. El Trust de Atención Sanitaria de Gwent también aporta incidentes de atención primaria detectados por los farmacéuticos.

*SAFER* recibe cerca de 30 informes al mes de 130 farmacias. “Estamos solicitando que se notifiquen cuestiones de las que se considere se puede aprender, y esperamos que si los profesionales se acostumbran a informar aprenderemos más sobre incidentes y casi errores”, dijo el Sr. Brennan.

Un boletín informativo mensual incluye cuestiones emanadas de los informes y proporciona un foro de aprendizaje.

El tema principal que surge es que el fallo siguiendo procedimientos puede tener consecuencias negativas. Aunque algunas veces no existe ningún procedimiento a seguir. En algunos casos se permitió la prescripción de medicamentos a la persona equivocada porque el servicio de dispensación farmacéutica no tenía firma registrada o procedimientos de verificación.

Otro tema es el relacionado con la necesidad de incluir en las entradas de registros de medicamentos controlados el nombre del prescriptor real. En algunos casos el médico suplente utiliza el recetario del médico titular y no se puede identificar con facilidad.

## Ejemplo de Buena práctica

### ***SEA-change***

#### **Alertas de Eventos Significativos en el Trust de Atención Primaria de Harrow. Jacquie Scout, Directora de Gobierno Clínico y Enfermería**

“El *SEA-change* es una nueva comunicación desarrollada por el Trust de Atención Primaria de Harrow para alertar a todos los profesionales sanitarios locales relevantes sobre cuestiones que pueden ser aprendidas de eventos significativos recientes. Las directrices están desarrolladas conjuntamente con nuestros colegas del hospital local. El proceso es sobre aprendizaje, en lugar de un ejercicio para culpabilizar. El sistema de alerta *SEA-change* está reservado para cuestiones importantes y no es utilizado frecuentemente, por lo que el impacto de las alertas es mantenido. La creación de estas alertas *SEA-change* ha sido bien recibida por el personal relevante. Lo encontramos necesario para reiterar asesoramiento en casos concretos y desarrollar directrices locales como resultado. También hemos reconfigurado nuestro servicio de ultrasonidos ampliando el horario de acceso para pacientes.”

“El procedimiento ha proporcionado una buena oportunidad para vincularlo con las directrices NICE relevantes y llamar la atención de los médicos en un entorno clínicamente relevante. Construyendo sobre este sistema, organizamos una reunión de nuestro Grupo de Referencia Clínica para tratar la seguridad del paciente. Disfrutamos de una estimulante discusión sobre análisis de causa raíz con un consejero de la NPSA, y un médico general local describió las reuniones sobre eventos significativos mantenidas regularmente por su práctica. El reto ahora es mantener este impulso”.

## Promover la notificación

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@NPSA.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@NPSA.nhs.uk)

## Referencias

- 1 Vincent C (2002). 'Exploring 7 levels of safety'. 39Annenberg IV Conference April 22–24: article by S Raef (ed) *Focus on Patient Safety* (accessed at: [www.npsf.org](http://www.npsf.org) November 2003).
- 2 Bogner MS (ed) (1994). *Human Error in Medicine*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- 3 Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine* 1991; 324(6):370–84
- 4 Vincent C (ed) (2001). Clinical Risk Management. *Enhancing patient safety*. Second Edition. London: British Medical Journal Publishing
- 5 Reason JT (1990). *Human error*. Cambridge University Press. New York: USA
- 6 Department of Health (2000). *An organisation with a memory*. London: The Stationery Office (accessed at: [www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk) November 2003)
- 7 Leonard M, Tarrant CA. Culture, systems and human factors: Two tales of Patient Safety: The Kaiser Permanente Colorado Region's experience. *The Permanente Journal* 2001; 5(3):1–9
- 8 Institute of Medicine (IOM) (2000). *To Err is Human: building a safer health system*. Washington DC: National Academy Press (accessed at: [www.nap.edu](http://www.nap.edu) November 2003)
- 9 Buckley G (1990). *Clinically significant events*. In Marinker M (ed), *Medical audit and general practice*. London: British Medical Journal Publishing
- 10 Pringle M, Bradley C. Significant Event Auditing: A user's guide. *Audit trends* 1994;2(1):20–23
- 11 Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. *Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of care-based auditing in primary medical care*. Occasional paper No 70, Royal College of General Practitioners, 1995
- 12 Stead J, Sweeney G, Westcott R. Significant event audit: a key tool for clinical governance. *Clinical Governance Bulletin* 2000;1:13–4
- 13 Harrison P, Joesbury H et al. *Significant event audit and reporting in general practice*. Commissioned report by the School of Health and Related Research, University of Sheffield, February 2002 (accessed at: [www.shef.ac.uk](http://www.shef.ac.uk))
- 14 Buckley G (1990). 'Clinically significant events'. In Marinker M (ed) *Medical audit and general practice*. London: British Medical Journal Publishing
- 15 Pringle M, Bradley C. Significant Event Auditing: A user's guide. *Audit trends* 1994;2(1):20–3
- 16 Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Morre A (1995). *Significant Event Auditing*. RCGP Occasional Paper 70. Exeter: Royal college of General Practitioners
- 17 Bowie P, McKay J, Norrie J, Lough M. Awareness and analysis of a significant event by general practitioners: a cross sectional survey. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13(2):102–7.
- 18 McKay J, Bowie P, Lough M. Evaluating significant event analyses: implementing change is a measure of success. *Educ Primary Care* 2003;14:34–8
- 19 Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Family Practitioner* 2000;17:173–9

- 20 Stead J, Sweeney G. Significant event audit: a building block to developing a safety culture. *Clinical Governance Bulletin* 2003;4:10–11
- 21 Ross R (1994). *The five whys perspective*. In Senge P, Kleiner A, Roberts C. *The fifth discipline fieldbook: Strategies and tools for building a learning organization*. New York: Doubleday
- 22 Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. *Quality and Safety in Health Care* 2004;13:242–3
- 23 Leape LL, Berwick DM, Bates DW. What practices will most improve safety? Evidence-based medicine *JAMA* 2002;288(4) 501–7. PMID: 12132984
- 24 Milne R, Bull R (1999). *Investigative Interviewing: Psychology and Practice*. Wiley Publishing (accessed at: [www.wileyurope.com](http://www.wileyurope.com) November 2003)
- 25 Sheehy NP. The interview in accident investigation: methodological pitfalls. *Ergonomics* 1981;24:437–46
- 26 Trost WA, Nertney RJ (1985). *Barrier analysis*. Idaho Falls, Idaho: EG&G Idaho Inc
- 27 Hollnagel E (1998). *Cognitive reliability and error analysis method*. Oxford, United Kingdom: Elsevier Science
- 28 Kecklund LJ, Edland A, Wedin P, Svenson O. Safety barrier function analysis in a process industry: A nuclear power application. *Industrial Ergonomics* 1996;17(3):275–84
- 29 Svenson O. The accident evolution and barrier function (AEB) model applied to incident analysis in the processing industries. *Risk Analysis* 1991;11(3):499–507
- 30 Lagerlof E, Andersson R (1979). *The Swedish information system on occupational injuries*. Stockholm: The Swedish National Board of Occupational Safety and Health
- 31 Ammerman M (1998). *The Root Cause Analysis Handbook: Causal analysis*. Oregon, US: Productivity, Inc. ISBN 0527763268 (accessed at: [www.productivitypress.com](http://www.productivitypress.com) November 2003)
- 32 Rasmussen J (1983). Skills, rules, knowledge: signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models. *IEEE Transactions: Systems, Man & Cybernetics* 1983;13(3):257–67 33 Rasmussen J, Peterson OM (1984). 'Human factors in probabilistic risk analysis and risk management'. Operational Safety of Nuclear Power Plants Volume 1. Vienna: International Atomic Energy Agency
- 34 Reason J. Human error: models and management. *British Medical Journal* 2000;320(7237):768–70
- 35 Taylor-Adams SE, Vincent C (to be published 2004). *A protocol to investigate and analyse adverse incidents*. London: British Medical Journal Publishing – in press
- 36 Vincent C, Taylor-Adams SE, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A (2000). How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal* 2000;320(7237):737–45

## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas no han ido bien. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.NPSA.nhs.uk/sevensteps](http://www.NPSA.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

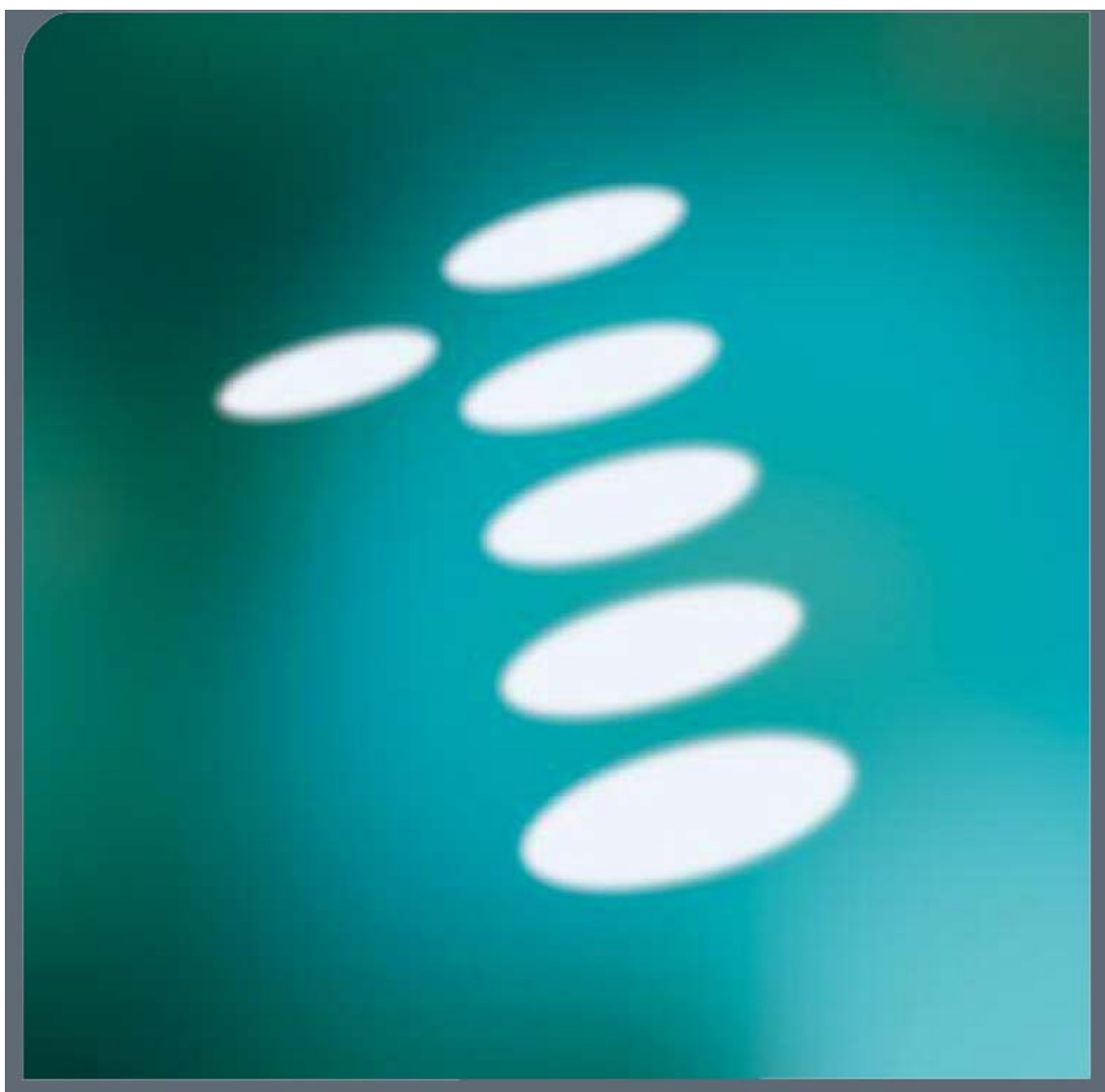
© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)

# Paso 7

Siete Pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Implantar soluciones para prevenir el daño







## Paso 7

Implantar soluciones  
para prevenir el daño



## Contenido

página

<b>Implantar soluciones para prevenir el daño</b>	<b>4</b>
Los principios clave	5
<b>La importancia del aprendizaje sostenido</b>	<b>5</b>
<b>¿Qué pueden hacer las organizaciones de atención primaria, prácticas y equipos?</b>	<b>6</b>
<b>Fases para desarrollar soluciones</b>	<b>6</b>
<b>Fase 1: entender el problema e identificar los cambios que es necesario realizar</b>	<b>6</b>
<b>Fase 2: identificar soluciones potenciales</b>	<b>7</b>
Caso de estudio: anticonceptivo hormonal de urgencia	8
<b>Fase 3: evaluación del riesgo de soluciones</b>	<b>9</b>
<b>Fase 4: poner a prueba y aprender</b>	<b>9</b>
<b>Fase 5: implantación</b>	<b>9</b>
Elaborar un plan de actuación	9
Mostrar que el cambio marca una diferencia	10
Demostrar liderazgo efectivo y divulgar el mensaje	10
Involucrar al personal y a los pacientes	11
<b>Fase 6: evaluación</b>	<b>11</b>
<b>Fase 7: cerrar el círculo</b>	<b>12</b>
<b>¿Cómo puede ayudar la NPSA?</b>	<b>12</b>
El enfoque de la NPSA para el desarrollo de soluciones	12
Aprender de soluciones existentes y trabajar en asociación	15
Aprender del trabajo de investigación	16
<b>Ejemplos del trabajo de soluciones de la NPSA</b>	<b>16</b>
Determinar prioridades de seguridad del paciente para personas con discapacidades de aprendizaje	16
Prescripción más segura	17
“Paciente correcto, atención correcta”	17
Gestión de recursos del equipo	18
El proyecto higiene de manos: ‘lave <b>sus</b> manos’	18
Reducir el riesgo de error de dosificación del metotrexato	19
Alerta de seguridad del paciente: reducir el daño causado por el metotrexato oral	21
<b>Ejemplo de buena práctica</b>	<b>22</b>
Caso de estudio: controles de seguridad recomendados para el cloruro potásico	22
<b>Buena práctica en implantar soluciones para prevenir el daño</b>	<b>24</b>
<b>Referencias</b>	<b>24</b>



## Paso 7

### Implantar soluciones para prevenir el daño

Los trusts\* de atención primaria, consejos sanitarios locales, prácticas y equipos están ya participando en crear entornos sanitarios más seguros y están creando sus propias soluciones para riesgos de seguridad del paciente. Sin embargo, a pesar de los importantes avances en el diseño y desarrollo de sistemas más seguros en atención sanitaria siguiendo incidentes de seguridad del paciente, muchas de estas soluciones son efímeras y no son compartidas a través del NHS. Tal como hemos descrito en Pasos previos, en particular en los **Pasos 4 y 6**, las organizaciones de atención primaria y prácticas necesitan comprender los factores contribuyentes subyacentes de incidentes de seguridad del paciente<sup>a</sup> de forma que, con el tiempo, los aprendizajes y experiencias en un área puedan ayudar e informar a muchos otros en cualquier lugar. Esto hará del NHS un servicio aún más seguro para los pacientes.

En este Paso fomentamos la importancia de traducir lecciones sobre incidentes en soluciones prácticas de cambio a largo plazo, garantizando que son introducidas en la cultura y en la práctica diaria de los trusts de atención primaria, consejos sanitarios locales, prácticas y equipos. Describimos los procesos prioritarios de la NPSA y ofrecemos orientación sobre cómo incorporar lecciones y cambios en procesos y sistemas, proporcionando ejemplos de enfoques y soluciones desarrollados por la NPSA.

---

<sup>a</sup> **Incidente de seguridad del paciente:** cualquier incidente no intencionado o inesperado que pudo provocar o provocó daño en uno o más pacientes que reciben atención sanitaria financiada por el NHS. Los términos "incidente de seguridad del paciente" e "incidente de seguridad del paciente (prevenido)" serán utilizados para describir "sucesos adversos" o "errores clínicos" y "casi errores" respectivamente.

\* **Nota del traductor:** En Inglaterra los *Trusts* de Atención Primaria son organizaciones locales (con una población de entre 80.000 y 300.000 personas) responsables de gestionar los servicios sanitarios generales, salvo para servicios altamente especializados. Son también responsables de la integración de la asistencia sanitaria y social, garantizando que las organizaciones sanitarias locales trabajen conjuntamente con las autoridades locales. Los directores ejecutivos de los *TAP* son responsables de garantizar la calidad clínica y el control financiero, dentro de los márgenes acordados a nivel nacional. Los *Trusts* del *NHS* (Sistema Nacional de Salud) gestionan los hospitales, responsabilizándose de los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los *Trusts* emplean al personal del *NHS*, incluyendo tanto personal sanitario como médicos y enfermeras, así como personal no sanitario. Tanto los *PCT* como los Hospitales del *NHS Trusts* son supervisados por 28 Autoridades sanitarias estratégicas. Son responsables de desarrollar las relaciones de trabajo mediante acuerdos de servicio sectoriales

### Los principios clave

- Diseñar sistemas que faciliten a las personas realizar las cosas correctamente.
- Las soluciones basadas en barreras físicas son más sólidas que las basadas en el comportamiento o actuación humana.
- Asegurar que los cambios que se realizan han valorado el riesgo, han sido evaluados y son sostenibles a largo plazo.
- La mejor práctica desarrollada a nivel local puede ser compartida a nivel nacional por medio de la NPSA, posibilitando que otras organizaciones de atención primaria y servicios comunitarios puedan proyectar problemas fuera de sus sistemas y adoptar soluciones de seguridad acordadas. La red de directores de seguridad del paciente actuará como enlace principal entre las innovaciones locales y nacionales.

### La importancia del aprendizaje sostenido

Actualmente el NHS no está aprendiendo eficazmente de los errores y no está compartiendo lecciones a través del servicio con éxito. Muy frecuentemente fracasa en la última fase del proceso de aprendizaje – implantación sostenida – por lo que no se está beneficiando de las ventajas de la experiencia. Realizar actuaciones para aplicar lecciones de seguridad sobre el terreno es una parte esencial del proceso de aprendizaje para cada organización y para todo el servicio. El **Paso 3** describe un enfoque para asegurar que las lecciones son aprendidas, puestas en práctica y compartidas a través de la gestión integral del riesgo<sup>c</sup>.

Uno de los problemas para difundir el cambio entre todos los servicios de atención sanitaria es que, salvo que una persona o equipo se vea involucrado directamente en un incidente, pueden pensar que a ellos no les sucederá y por tanto no es aplicado ningún cambio o aprendizaje requerido. Otro problema es que con frecuencia aprender es un evento único. Si una organización se enfoca detenidamente en un problema por un periodo de tiempo reducido, pero lo olvida cuando surgen nuevas prioridades o cambia el personal, el aprendizaje sostenido no se produce.

---

<sup>c</sup> **Gestión integral del riesgo:** el proceso de identificación, valoración, análisis y gestión de todos los riesgos e incidentes a todos los niveles de una organización, e incorporación de resultados a nivel corporativo. Ello facilita priorizar servicios y mejorar la toma de decisiones para alcanzar un equilibrio óptimo del riesgo, beneficio y costes. Es un componente integral de buena gestión y un enfoque para mejorar la capacidad y flexibilidad organizativa frente a la incertidumbre.

## ¿Qué pueden hacer las organizaciones de atención primaria, prácticas y equipos?

Las organizaciones de atención primaria, prácticas y equipos pueden estimular el cambio y la innovación para mejorar la seguridad del paciente. Necesitan cultivar un entorno de aprendizaje que identifique áreas donde sean necesarias o convenientes nuevas iniciativas, y donde se reconozcan las oportunidades y riesgos<sup>d</sup> cuando se mejora la atención y la seguridad del paciente. Esto proporcionará al servicio sanitario evidencias de buena práctica en atención primaria que pueden ser compartidas a un nivel nacional y puestas en práctica a nivel local.

### Fases para desarrollar soluciones

Las soluciones para reducir el riesgo de incidentes de seguridad del paciente tienen que ser desarrolladas de un modo sistemático, especialmente si han de ser promovidas y adaptadas y van a formar parte de la práctica diaria. Adoptar los procedimientos siguientes puede ayudar a asegurar que las lecciones aprendidas producen un cambio en la cultura y la práctica.

#### Fase 1: entender el problema e identificar los cambios que es necesario realizar

La primera fase es tener un conocimiento claro de la naturaleza y extensión del problema en cuanto al resultado real o potencial para el paciente y las causas raíz. La información puede recopilarse de fuentes distintas incluyendo sistemas locales de notificación de gestión del riesgo, quejas, demandas, auditoría de eventos significativos, bibliografía de seguridad del paciente, estudios de pacientes y personal, grupos de trabajo y otra información como investigaciones confidenciales. Esto también puede realizarse preventivamente, aplicando metodologías de evaluación del riesgo para identificar los riesgos potenciales que deberían ser el enfoque para trabajar en su solución.

---

<sup>d</sup> **Riesgo:** es la posibilidad de que suceda algo que tendrá un impacto en personas y/o organizaciones. Se mide en términos de probabilidad y consecuencias.

Las organizaciones del NHS, su personal y pacientes que tienen experiencia directa, tienen abundante información sobre como fallan los sistemas en proporcionar una atención óptima, aunque nuestro conocimiento actual en atención primaria es limitado. Los sistemas de gestión integral del riesgo deberían asegurar que esta información es recopilada y agrupada rutinariamente para identificar áreas de cambio. Por ejemplo, analizar la trayectoria de un paciente puede ayudar a entender los riesgos potenciales y peligros que pueden suceder y a identificar medidas para poder reducir esos riesgos.

## **Fase 2: identificar soluciones potenciales**

Habiendo identificado las áreas prioritarias de riesgo o causas raíz, se han identificado las soluciones potenciales. Esto debería realizarse en equipos multidisciplinares incluyendo el personal que trabaja directamente con los pacientes. También es necesario valorar la perspectiva del paciente. Esto puede incluir el rediseño de sistemas y procedimientos, incremento o adaptación de la formación del personal o cambio de práctica clínica. Ejemplos reales incluyen el empleo eficaz de sistemas de apoyo informático como historias clínicas informatizadas y sistemas de medicación, nuevas técnicas de etiquetado y rediseñar la prestación de atención reduciendo demoras y mejorando el flujo y acceso de los pacientes.

El enfoque general debería ser identificar soluciones dirigidas activamente a las causas raíz de los incidentes de seguridad del paciente para reducir el riesgo de las cosas que fallan, en lugar de métodos más pasivos que animan al personal a estar más alerta en relación a su trabajo en la práctica. Esto es diferente a los enfoques introducidos en el pasado que se centran en pedir a los profesionales sanitarios que estuvieran más atentos, por ejemplo cuando se prescriben medicamentos. Una serie de soluciones potenciales son identificadas normalmente. Estas son priorizadas basándose en criterios sobre la efectividad percibida de la solución.

Hacerlo sencillo: generalmente los cambios sencillos se extienden más rápidamente que los complejos. Después de cualquier estudio de incidente o cualquier evaluación del riesgo, el personal debería trabajar sobre cada recomendación potencial de cambio o sobre cada riesgo potencial y darles prioridad. Es también muy fácil hacer una lista de 30 recomendaciones después de una investigación, cuando en realidad solo tres o cuatro pueden ponerse en práctica eficazmente. Mejorar la seguridad del paciente no significa introducir más trabajo; significa trabajar de un modo diferente. Un ejemplo de ello es el programa de prácticas de inyección segura de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El programa ha logrado profundos cambios a través



de un enfoque en educación, cambio de actitud e información pública, combinado con ajustes relativamente sencillos en el diseño de las jeringuillas, haciéndolas inservibles después de un solo uso. Mientras que algunos métodos con beneficios claros pueden introducirse inmediatamente, otros requerirán pruebas y evaluación.

### **Caso de estudio: anticonceptivo hormonal de urgencia**

El anticonceptivo hormonal de urgencia (AHU) se puede conseguir por medio de una prescripción médica, clínicas de planificación familiar u otros emplazamientos donde se puede suministrar bajo las Direcciones de Grupo de Pacientes (DGP), o adquiriéndolo en farmacias.

Algunas farmacias operan dentro de los planes del trust local de atención primaria, suministrando esta medicación a mujeres en áreas deficitarias a través de las DGP o allí donde el acceso a servicios clínicos es limitado.

Debido al entorno de venta de las farmacias puede ser difícil para una mujer hablar confidencialmente con el farmacéutico al pedir el AHU sin ser escuchada por otras personas que se encuentren en la farmacia.

Como una solución a este problema, y para animar a las mujeres jóvenes a pedir el AHU y otro asesoramiento anticonceptivo cuando sea necesario, una localidad ha elaborado una pequeña tarjeta que la mujer entrega al miembro del personal en el mostrador de la farmacia. Esta tarjeta es un indicador de que desea hablar con el farmacéutico en un lugar privado y confidencial, e inicialmente no requiere explicar qué es lo que se quiere hablar con el farmacéutico.

### Fase 3: evaluación del riesgo de soluciones

Todas las soluciones deben evaluar su riesgo para garantizar que no se van a introducir otros riesgos potenciales. Por ejemplo, la campaña nacional de la NPSA “*cleanyourhands*” (lave **sus** manos) para promover la higiene en las manos, implica la utilización de productos con una base de alcohol antes de prestar atención a los pacientes. Durante la evaluación del riesgo, se identificaron riesgos potenciales de incendio, riesgos potenciales con niños y problemas de dermatitis. Trabajando con varios expertos se decidió que los riesgos no eran lo suficientemente elevados como para justificar la no promoción de productos con una base de alcohol, y que conocer sobre estos riesgos posibilita la realización de cambios para minimizarlos.

### Fase 4: poner a prueba y aprender

Si se considera que la solución puede servir, es necesario considerar poner a prueba dicha solución. La finalidad de la prueba es observar si la solución es útil, si funciona en la práctica y si se pueden aprender lecciones para ampliar su implantación. En ese momento, si es apropiada, se emprende un análisis de coste-beneficio. Pueden encontrarse modelos de hojas de cálculo en la página Web de la NPSA para ayudar a las organizaciones a recopilar información y a tomar decisiones sobre soluciones particulares que requieren recursos financieros para su adopción.

### Fase 5: implantación

Las soluciones son implantadas dependiendo del aprendizaje de las pruebas. Algunas soluciones vendrán de la NPSA que alerta sobre cuestiones de seguridad del paciente, anuncios de prácticas más seguras e información de seguridad del paciente.

#### **Elaborar un plan de actuación**

El análisis local de incidentes de seguridad del paciente debería conducir a un plan de actuación local para asegurar que las lecciones son aplicadas en toda la organización.

El impacto de estos planes de actuación también debería ser evaluado a lo largo del tiempo como parte del programa de revisión de la actividad de gobierno clínico esencial. Esto ayuda a las organizaciones de atención primaria a desarrollar una “memoria” – un registro de cambios recomendados y la actuación realizada para implantar esos cambios.

## **Mostrar que el cambio marca una diferencia**

El personal está más dispuesto a realizar un cambio si piensan que es importante para ellos y que les ayudará en su trabajo. Las organizaciones de atención primaria necesitan demostrar el equilibrio óptimo de riesgos y beneficios comparando resultados actuales con resultados potenciales. Además, para difundir la innovación y el cambio rápidamente, necesitan ser compatibles con los valores de la organización o del servicio y con las personas que trabajan en el mismo.<sup>1</sup> Por tanto, se requieren evidencias y pruebas rigurosas antes de que los cambios puedan ser completamente implantados.

## **Demostrar liderazgo efectivo y divulgar el mensaje**

Como se indicó en el **Paso 2**, el liderazgo de una organización puede ser un catalizador para el cambio, influenciando el índice de su difusión y fomentando y apoyando el cambio. Dirigir el cambio requiere una inversión de tiempo y energía de los líderes clínicos y directivos para extender buena práctica, priorizar actuaciones y asegurar el empleo adecuado de recursos escasos. Los líderes pueden demostrar que la seguridad del paciente es una prioridad garantizando que las recomendaciones de todas las investigaciones relacionadas con el riesgo son observadas y supervisadas.

Cualquier cambio requiere la utilización de una serie de canales de comunicación para difundir el mensaje, crear conciencia de las nuevas ideas y proporcionar apoyo al personal. El **Paso 2** describe las personas clave requeridas en una estructura que busca la mejora de la seguridad del paciente. La NPSA propone que los defensores de seguridad del paciente sean designados (normalmente junto con un papel existente) para influenciar un grupo del personal. Las técnicas para asegurar una difusión efectiva, tal cual ha sido expuesto en el **Paso 2** son:

- **Visitas o rondas directivas y sesiones informativas sobre seguridad:** pueden utilizarse para fomentar y reiterar la necesidad de notificar, demostrar el compromiso de la organización o de la práctica por una cultura abierta y justa, explicar las razones recomendadas tras los daños e informar de las acciones tomadas a nivel del consejo.
- **Reuniones informativas y de revisión:** donde el personal puede hablar sobre los eventos del día y sobre su preparación para tareas particulares y pacientes específicos esperados ese día con la seguridad como enfoque, seguido por una revisión al final del día.

- **Compromiso demostrable por el liderazgo:** cuando las actuaciones llevadas a cabo muestran que la organización o práctica está comprometida con una cultura abierta y justa, y que las estrategias y políticas lo demuestran con claridad.

### **Involucrar al personal y a los pacientes**

Cualquier planteamiento de soluciones nuevas debería involucrar al personal y a los pacientes afectados, inspirándose en sus propias experiencias para garantizar que los cambios funcionan en la práctica. Comunicar las actuaciones correctivas al personal y mostrarles los cambios que han marcado una diferencia puede ayudar a potenciar la confianza en que la notificación de incidentes vale la pena y cambia la práctica. Hacer que los pacientes sean conscientes de los cambios también ayuda a aumentar la confianza en su servicio sanitario. La respuesta para el personal y los equipos sobre como están funcionando las soluciones y cualquier cambio en el modo en que se están realizando es también fundamental si tienen que ser sostenibles.

Las soluciones de seguridad deben ser diseñadas sobre los principios siguientes:

- diseñar tareas y procesos que reduzcan la dependencia de la memoria y periodo de atención a corto plazo;
- evitar la fatiga: revisar jornadas laborales y volumen de trabajo;
- volver a formar no siempre es la solución más adecuada;
- simplificar tareas, procedimientos, protocolos y equipamiento;
- estandarizar procedimientos y equipamiento donde sea pertinente;
- utilizar sabiamente protocolos y listas de control;
- rebatir la dependencia de políticas y protocolos como asistencia de tareas.

### **Fase 6: evaluación**

Es importante evaluar soluciones en términos de procesos y respuesta, así como verificar si marcan una diferencia respecto a incidentes de seguridad del paciente. Esto último es difícil pues no siempre es la línea de partida. La evaluación se incorpora desde el comienzo de los procesos para su pronta consideración en el proceso de desarrollo de la solución.

## Fase 7: cerrar el círculo

Es importante tener algún tipo de procedimiento para revisar cualquier solución que haya sido implementada y, si no, debe ser emprendido el seguimiento necesario. En Inglaterra, para soluciones nacionales existe un sistema de emisión de alertas de seguridad que requiere a los hospitales y otros proveedores de servicios sanitarios indicar si han tomado las medidas necesarias. Otras organizaciones como las Autoridades Estratégicas Sanitarias y la Comisión Sanitaria realizan un mayor seguimiento para comprobar la respuesta. En Gales, las oficinas regionales y la Inspección Sanitaria de Gales realizan esta función.

### ¿Cómo puede ayudar la NPSA?

La NPSA reconoce que para lograr el cambio en cualquier parte donde los pacientes reciben tratamiento y atención tenemos que proporcionar algo más que simple orientación. En los próximos años desarrollaremos nuevos medios de apoyo y asistencia a las organizaciones para reducir problemas de seguridad del paciente.

El personal que trabaja en la NPSA y nuestra red de directores de seguridad del paciente (descrito en el **Paso 3**) trabajarán directamente con las organizaciones de atención primaria para mantenerlas informadas sobre soluciones nacionales y ayudar en su implantación. Los directores de seguridad del paciente también actuarán como un enlace clave entre las innovaciones desarrolladas a nivel local y nacional para asegurar la reducción de duplicidad de esfuerzos.

### El enfoque de la NPSA para el desarrollo de soluciones

Al igual que con las soluciones a nivel local, las soluciones que desarrollamos a nivel nacional para mejorar la seguridad del paciente necesitan ser realistas, sostenibles y rentables. También tienen que ser validadas para asegurar su funcionamiento, especialmente cuando las ideas provienen de la experiencia en otros sectores u organizaciones.<sup>1</sup> Estamos involucrando al personal del NHS, pacientes y público en el desarrollo e implantación de soluciones para garantizar que son alcanzables en la práctica.

Para asegurar que los recursos de la NPSA son utilizados para su mejor efecto, tal como facilitar una base de evidencias, impacto rentable a todos los niveles del NHS, necesitamos seguir una serie de actividades a través de la organización. Por tanto la NPSA ha desarrollado un proceso de priorización. Nuestro objetivo es priorizar temas de seguridad del paciente que pueden requerir más trabajo para el desarrollo de soluciones, reconociendo que el término “soluciones” abarca una amplia gama de posibles productos y actividades; desde construir una cultura de seguridad y ayudar a las organizaciones a mejorar su

trabajo en equipo, hasta soluciones prácticas para reducir tipos de incidentes particulares. Habrá un ciclo anual y un proceso de vía rápida de priorización cada año.

En este contexto, el proceso de priorización:

- informará la actividad de la NPSA en el desarrollo de soluciones de seguridad;
- decidirá lo que realizaremos en colaboración con otros; o influenciar a otros para llevarlo adelante; y
- enviará sugerencias a organizaciones más adecuadas para que dirijan lo que corresponda.

Ejemplos de soluciones incluyen:

- soluciones específicas como la alerta del metotrexato y la campaña “lave **sus** manos”;
- soluciones para cambiar la cultura y la práctica, tal como *Ser abierto*, el Árbol de Decisión ante Incidentes, evaluaciones de cultura de seguridad, y la guía Siete Pasos para la Seguridad del Paciente;
- soluciones para aumentar la conciencia y el conocimiento, tal como formación en análisis de causa raíz y formación en liderazgo de director no ejecutivo;
- soluciones informáticas de aplicación multidisciplinar, como alertas de interacción de medicamentos en el sistema de prescripción de atención primaria.

Información válida, fidedigna y suficiente es fundamental para el éxito del proceso de priorización. La primera fase identificará y reunirá toda la información relevante sobre temas de seguridad del paciente desde una gran variedad de fuentes posibles. Los temas de seguridad del paciente pueden proceder de una gran variedad de partícipes a través de canales formales o pueden presentarse de fuentes informales. Pueden proceder de personas o agencias externas o se pueden generar internamente por el personal de la NPSA y programas de trabajo.

Además, la NPSA quiere asegurar la participación de los pacientes, el público y miembros del NHS. Los miembros del público pueden ser antiguos, actuales o futuros pacientes, usuarios de servicios o cuidadores y personas que representen a cualquiera de estos grupos a través de organizaciones de colectivos, redes, o grupos de campaña o autoayuda.

En líneas generales, existen varias vías de obtención de información para estos procesos de priorización:

- Análisis del Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje y otras fuentes de información a través del programa de trabajo del Observatorio de Seguridad del Paciente, que está siendo desarrollado para maximizar el conocimiento de cuestiones e intereses relacionados con la seguridad del paciente. Esto ayudará a dirigir e informar el trabajo sobre soluciones de seguridad de la NPSA. Los temas sobre seguridad del paciente surgirán a través de una serie de análisis de componentes de información desde el Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje, incluyendo información de pacientes y público. Esto provocará búsquedas utilizando otros conjuntos de datos relevantes para validar la información dentro del Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje. Esta información será publicada mediante informes trimestrales producidos por el Observatorio de Seguridad del Paciente, e incorporados a las evidencias para la generación de la lista de temas objeto de la primera revisión del comité consultivo.
- Un programa activo de examen del personal y análisis de fuentes potenciales seleccionadas incluyendo conclusiones de investigaciones y auditorias, páginas Web internacionales de seguridad del paciente, medios de comunicación, informes de organizaciones clave, y bibliografía de investigación.
- Consulta dirigida a todos los contactos de la lista de correo de la NPSA: la NPSA consultará a través de su lista de correo y a través de relaciones asociativas con el público, pacientes, personal del NHS, y organizaciones pertenecientes y no pertenecientes al NHS, todos los que tienen que realizar un cometido en la seguridad del paciente. Los pacientes y miembros del público en la lista de correo de la NPSA, así como organizaciones representativas del paciente, recibirán una carta que incluirá el mismo modelo que el formulario electrónico que permite al público enviar informes escritos.
- Un formulario electrónico de sugerencias en la página Web de la NPSA para pacientes, público y personal del NHS: el público y personal del NHS serán alertados con un formulario electrónico de sugerencias en la página Web de la NPSA. Esto será en gran parte un enfoque pasivo con recordatorios esporádicos sobre la disponibilidad de este medio para el servicio y el público.

- Un programa activo de compromiso del personal de la NPSA incluyendo el Consejo, consejeros de especialidades clínicas, directores de seguridad del paciente y sus grupos de referencia y colectivos de interés, así como integración de resultados con la información agregada del análisis de causa raíz.
- Temas anteriores: temas de seguridad del paciente que han sido considerados previamente pero que, o bien necesitaban más trabajo o bien sobrepasaban el número máximo de temas a desarrollar, pueden reconsiderarse el año siguiente.

Se espera que este proceso muestre:

- servicios y procedimientos de alto riesgo;
- comparaciones entre servicios sanitarios y especialidades;
- incidentes que han sido evitados;
- incidentes que requieren más información;
- temas que requieren ser enfocados o agregados con análisis de causa raíz;
- áreas que necesitan mayor investigación;
- espacios del día o de la noche en los que son más comunes incidentes de seguridad del paciente.

La NPSA investigará estas tendencias y el desarrollo de soluciones que pueden ser implementadas a nivel nacional o local. Emplearemos expertos en áreas de especialidades clave y una red de consejeros clínicos especialistas que representan a la mayoría de colegios profesionales.

Un proceso de filtración y reducción empleando una comisión de expertos externos considerará entonces toda la información relevante y su presentación antes de elaborar recomendaciones para el Consejo de la NPSA, quién tomará la decisión final sobre el camino a seguir. Para más información del proceso de priorización y acceso a formularios de información se puede consultar la página Web de la NPSA ([www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)).

### **Aprender de soluciones existentes y trabajar en asociación**

La NPSA también está trabajando estrechamente con otros grupos y organizaciones, tanto en el Reino Unido como internacionalmente, para aprender de soluciones ya identificadas. También estamos considerando oportunidades para desarrollo de soluciones en asociación con otras organizaciones. Por ejemplo, estamos trabajando con la Agencia de Compras y Suministros del NHS y la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios para asegurar evidencias sobre incidentes de seguridad del paciente que estén relacionados con el equipamiento, reflejadas en las decisiones de compra a nivel



nacional y en el asesoramiento ofrecido a las organizaciones del NHS.

### **Aprender del trabajo de investigación**

Uno de los objetivos estratégicos clave de la NPSA es el fomento de investigación y desarrollo en seguridad del paciente y su traducción en la práctica. Una perspectiva general de la investigación internacional actual sobre seguridad del paciente pone de manifiesto que existe bibliografía abundante y una actividad considerable, que posiblemente se extienda en los próximos años.

La NPSA está comprometida a trabajar en colaboración con el programa de investigación de seguridad del paciente del Ministerio de Salud, dirigido por el profesor Richard Lifford de la Universidad de Birmingham<sup>2</sup>, y con otros en dicho campo, tanto en Reino Unido como a nivel internacional, como el Consejo de Investigación Médica, el Consejo de Investigación Económica y Social, y el Consejo de Investigación de Ingeniería y Ciencias Físicas.

Esto ha dado como resultado la presentación de proyectos de redes de colaboración, con el objetivo de aumentar y fomentar a largo plazo la investigación multidisciplinar de alta calidad sobre seguridad del paciente. Estas colaboraciones proporcionarán un foro de transferencia de conocimiento entre disciplinas y entre instituciones, el avance del trabajo multidisciplinar, y la identificación de áreas de investigación en las que el Reino Unido puede estar a la cabeza.

La NPSA tiene un claro papel en apoyar la traducción de la investigación a la práctica. En particular, la NPSA tiene el papel de reunir conjuntamente las conclusiones de las investigaciones en distintos campos y traducirlas dentro del contexto de seguridad del paciente en el NHS.

### **Ejemplos del trabajo de soluciones de la NPSA**

Tenemos en proceso una amplia gama de proyectos de desarrollo de soluciones para la seguridad del paciente. Un vez desarrollados y probados totalmente, estas son las soluciones prácticas que serán compartidas a través del NHS para su implantación local.

### **Determinar prioridades de seguridad del paciente para personas con discapacidades de aprendizaje**

La información sobre el impacto de incidentes de seguridad del paciente que afectan a personas con dificultades de aprendizaje es limitada. La NPSA es la primera organización de seguridad del paciente que se enfoca en el diseño de soluciones para reducir el riesgo de incidentes en este grupo. Estamos trabajando en

asociación con *Speaking Up!*<sup>3</sup> – un grupo de auto apoyo cuyo objetivo es posibilitar a personas con dificultades de aprendizaje ser partícipes en decisiones que afectan a sus propias vidas. El proyecto de establecimiento de prioridades de seguridad del paciente para personas con dificultades de aprendizaje implica:

- una revisión de la bibliografía nacional e internacional;
- sesiones de participación con usuarios del servicio nacional y cuidadores familiares;
- talleres de trabajo con profesionales de educación para discapacitados.

*Speaking Up!* ha facilitado hasta el momento talleres de trabajo y entrevistas personales con personas con dificultades de aprendizaje en Inglaterra y Gales. Todos los talleres y entrevistas fueron facilitados por líderes de *Speaking Up!* con dificultades de aprendizaje.

### **Prescripción más segura**

La NPSA está realizando un programa continuo de trabajo en atención primaria, que incluye una asociación con el Programa Nacional de Información Tecnológica en el NHS. El resultado de este trabajo será que los sistemas informáticos de atención primaria puedan ayudar a médicos y enfermeras a proporcionar una atención más segura, especialmente en áreas como la prescripción. Gran parte de lo aprendido del trabajo con sistemas de atención primaria puede ser aplicado a sistemas clínicos a través de todo el NHS.

### **“Paciente correcto, atención correcta”**

Las evidencias de investigación muestran que algunos incidentes surgen cuando los pacientes son mal identificados o reciben la intervención equivocada, en particular en las áreas de medicamentos y resultados. Por ejemplo, esto puede suceder cuando dos pacientes tienen un nombre parecido o cuando la prueba del paciente es etiquetada incorrectamente, y consecuentemente el tratamiento esta basado en información incorrecta. Los resultados de confundir pacientes y tratamiento varían desde no producir ningún daño a la muerte.

El proyecto “paciente correcto, atención correcta” está desarrollando un sistema a prueba de errores para garantizar que la identidad del paciente está cotejada correctamente con pruebas o muestras tomadas y con el tratamiento planeado para dicho paciente. Su objetivo es identificar la revisión manual e iniciativas tecnológicas que pueden ser aplicadas al NHS, tal como el código de barras y el etiquetado por radiofrecuencia.

### **Gestión de recursos del equipo**

La gestión de recursos del equipo aumenta la eficacia operativa y la seguridad del paciente a través de la introducción de prácticas en sesiones informativas y partes informativos. El Royal Cornwall Hospitals Trust realizó un proyecto que comprendía la formación y educación en gestión de recursos del equipo, partes informativos, y notificación de “casi pérdida”. Los miembros del equipo operativo aprendieron a ser más conscientes de su forma de trabajo y de como afectaba a otros miembros del equipo. La respuesta a los incidentes prevenidos o potenciales de seguridad del paciente se utilizó para perfeccionar el trabajo conjunto en equipo. La NPSA quiere compartir las lecciones aprendidas de este proyecto para mejorar el trabajo en equipo en todo el NHS.

### **El proyecto higiene de manos: “lave **sus** manos”**

La evidencia demuestra que la higiene deficiente de las manos propaga infecciones, incluyendo resistencia a la meticilina de *Estafilococo aureus*. Cada año las infecciones asociadas a la atención sanitaria cuestan al NHS cerca de un millón de libras esterlinas y contribuyen a la muerte de unos 5.000 pacientes.<sup>4</sup> Se estima que un tercio de estas infecciones se pueden prevenir con una mejor higiene de manos.

“lave **sus** manos” es una campaña integrada para fomentar la higiene de manos entre el personal del NHS y ha sido puesta a prueba en seis hospitales del NHS. Han sido examinados:

- Dispositivos antisépticos para el frotado de manos.
- Carteles y otro material promocional.
- Participación del paciente. A los pacientes se les facilitan folletos sobre infecciones sanitarias, lo que también les fomenta a reforzar el mensaje de higiene de manos. Además el personal lleva insignias en las que se lee: “Lave sus manos. Está bien solicitarlo”.
- Métodos para reforzar el papel de las gobernantas y supervisoras de sala.

El aprendizaje del proyecto piloto ha informado directamente la expansión progresiva de la campaña, que comenzó en septiembre de 2004. Actualmente, la NPSA está considerando traspasar la campaña al sector de atención primaria.

## **Reducir el riesgo de error de dosificación del metotrexato**

La NPSA está trabajando con farmacéuticos, compañías farmacéuticas y pacientes en la reducción de errores asociados con el uso del medicamento metotrexato oral. El metotrexato se prescribe para tratar una serie de enfermedades graves como el cáncer y la artritis reumatoide. Los errores en la prescripción y administración de metotrexato pueden ser graves o fatales, como ocurre cuando se le prescribe o administra accidentalmente a un paciente una dosis diaria, en lugar de una dosis semanal. Uno de los problemas se ha encontrado en el diseño del envase. El metotrexato se dispensa en envases de 28 comprimidos, que los pacientes podrían interpretar como un suministro mensual y asumir que deben tomarlo una vez al día.

Otros factores subyacentes clave que ponen en riesgo al paciente incluyen no tener suficiente información sobre cómo debe tomarse el medicamento; confusión entre distintas concentraciones de los comprimidos; ausencia de mensajes claros en el empaquetado; errores en la prescripción; y variaciones en los exámenes de control y tratamiento del paciente.

Siguiendo una extensa consulta con pacientes, cuidadores, médicos y representantes de la industria farmacéutica y proveedores de programas informáticos, en julio de 2004 fueron divulgadas tres vías de solución para combatir los riesgos asociados al medicamento.

- Los sistemas informáticos de prescripción y sistemas informáticos de dispensación farmacéutica han sido adaptados para evitar oportunidades de error humano en la prescripción, utilizando servicios por defecto e incorporando alertas y avisos sobre el metotrexato. La NPSA ha trabajado con las principales bases de datos y proveedores de sistemas para garantizar que las mejoras de seguridad del software están listas para su aplicación. Otros sistemas de proveedores deberían aplicar los cambios desarrollados a sus sistemas tan pronto como sea posible, en todo caso en noviembre de 2004.
- La NPSA ha proporcionado información fundamental que debería ser comunicada a los pacientes, tanto antes de comenzar como durante el tratamiento con comprimidos de metotrexato. Los folletos informativos previos al tratamiento y los registros de mantenimiento del control del paciente y dosificación deberían proporcionarse ya a todos los pacientes que toman este medicamento. Ya están disponibles los folletos de ejemplos y guías sobre el diseño.

- En una colaboración sin precedentes con la industria farmacéutica, los tres fabricantes del Reino Unido o titulares de la licencia de metotrexato, Pfizer, Goldshield (actualmente Wyeth) y Mayne Pharma están trabajando con la NPSA para desarrollar una presentación más segura y manejable para el paciente. Las compañías que fabrican el comprimido de 10mg han modificado ya la forma de este comprimido para ayudar a los médicos y pacientes a distinguirla de los comprimidos de 2,5mg, y han retirado previamente todos los comprimidos con forma redonda para evitar más confusión.

## **Alerta de seguridad del paciente: reducir el daño causado por el metotrexato oral**

El metotrexato oral es un medicamento seguro y eficaz si se toma la dosis adecuada y con el control adecuado. Sin embargo, la NPSA es consciente de los 137 incidentes de seguridad del paciente en los últimos diez años en Inglaterra debidos a problemas con el consumo del medicamento. Esto incluye 25 muertes de pacientes y 26 casos de daño grave.

### **Acción del NHS**

Los hospitales del NHS, organizaciones de atención primaria y consejos sanitarios locales en Inglaterra y Gales deberían seguir los pasos siguientes antes de marzo de 2005:

#### **1 Acordar la acción local requerida**

Acordar las acciones locales adecuadas para reducir el riesgo a través de su Comité de Medicamentos y Terapéutico.

#### **2 Proporcionar información al paciente antes y durante el tratamiento**

El contenido principal recomendado de un folleto informativo proporcionado antes del comienzo del tratamiento y un registro de mantenimiento del control del paciente y de dosificación durante el tratamiento está incorporado en esta alerta.

#### **3 Actualizar programas informáticos de prescripción y dispensación**

Todos los programas informáticos de prescripción y dispensación en los servicios de atención primaria y hospitalaria deben estar actualizados con el último software que incluye alertas y avisos del metotrexato.

#### **4 Revisar la adquisición**

Los compradores de comprimidos de 2,5mg y 10mg deben asegurarse que los comprimidos se distinguen visualmente por su forma, y que el envase contiene los términos de advertencia requeridos por la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios.

29 de Julio de 2004

Donde exista un cuerpo de evidencias sólidas de que un enfoque particular es eficaz en reducir incidentes graves de seguridad del paciente, la NPSA distribuirá alertas de seguridad del paciente y asesorará con la expectativa de que las organizaciones del NHS adoptarán la práctica modificada.

### Ejemplo de buena práctica

Ejemplos de Buena práctica también han sido destacados en el boletín informativo *In Safer Hands (En manos más seguras)* del Colegio de Médicos, que ha sido patrocinado por la NPSA y está disponible en [www.rcgp.org](http://www.rcgp.org)

#### **Caso de estudio: controles de seguridad recomendados para el cloruro potásico**

“El modo de prevenir muertes trágicas por perfusión endovenosa accidental de concentrado de cloruro potásico es terriblemente sencillo – las organizaciones han de retirar de sus cuartos de almacenaje todas las unidades. Es uno de los mejores ejemplos que conozco de una “función obligada” – un procedimiento que hace imposible un cierto tipo de error”. Dr. Lucian Leape, del Harvard School of Public Health.<sup>5</sup>

Evidencias de Estados Unidos y Reino Unido han demostrado que una categoría común de errores en atención sanitaria son los errores de medicación, y uno de los medicamentos implicados con más frecuencia era el cloruro potásico. La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Sanitaria (JCAHO) examinó diez incidentes de muerte de pacientes como resultado de la mala administración de potasio; ocho de ellos estaban directamente relacionados con la perfusión por error de concentrado de potasio.<sup>6</sup>

Durante el curso del estudio piloto de la NPSA, fueron notificados 33 incidentes de seguridad del paciente implicando fuertes soluciones de potasio endovenoso. Tanto en los ejemplos de Estados Unidos como en los del Reino Unido, se consideró que las causas raíz de estos incidentes fueron la presencia del potasio concentrado en las salas de almacenaje, y que el potasio fue confundido con otra medicación debido fundamentalmente a un envase y etiquetado similar. Con frecuencia el potasio era confundido con el cloruro sódico, heparina o frusemida.

La primera alerta de seguridad del paciente difundida por la NPSA en julio de 2002 aconsejaba a los trusts del NHS retirar las soluciones de potásico concentrado de las áreas de salas de almacenaje abierto y asegurar que se guardaban en almacenes cerrados.

La alerta parece haber sido eficaz en lograr el cambio. Una evaluación independiente y de la NPSA sobre 166 hospitales del NHS en Inglaterra y Gales ha encontrado que el número de centros implantando controles formales de seguridad sobre cloruro potásico ha sido más que duplicado desde la alerta. Antes de la alerta, los controles formales escritos de seguridad estaban implantados en solo el 25% de centros del NHS. Esto se ha elevado al 68% seis meses después de la alerta y se espera que continúe subiendo. La alerta también provocó una reducción del 27% en el uso de cloruro potásico sin diluir, que está siendo reemplazado por formulaciones diluidas más seguras del medicamento.



## Buena práctica en implantar soluciones para prevenir daño

¿Tiene algún caso de buena práctica y quiere compartirlo con sus colegas de atención sanitaria? Si es así, por favor envíela a [pcsevensteps@NPSA.nhs.uk](mailto:pcsevensteps@NPSA.nhs.uk)

## Referencias

- 1 Berwick DM (2003). *Escape Fire: Designs for the Future of Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley & Sons
- 2 Visit [www.bham.ac.uk](http://www.bham.ac.uk) for more information
- 3 Visit [www.speakingup.org](http://www.speakingup.org) for more information
- 4 National Audit Office (2000). *The Management and Control of Hospital Acquired Infection in Acute NHS Trusts in England*. Report by the Controller and Auditor General. London: The Stationery Office (accessed at: [www.nao.gov.uk](http://www.nao.gov.uk) January 2004)
- 5 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998). Quote by Lucian Leape MD, Harvard School of Public Health, in the *Sentinel Event Alert*. Issue 1 (accessed at: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) January 2004)
- 6 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1998). *'Medication Error Prevention – Potassium Chloride'*. *Sentinel Event Alert*. Issue 1 (accessed at: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org) January 2004)

## La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente

Reconocemos que la asistencia sanitaria siempre implicará riesgos, pero esos riesgos se pueden reducir analizando y abordando la causa raíz de los incidentes de seguridad del paciente. Estamos trabajando con el personal y organizaciones del *NHS* para promover una cultura abierta y justa, y animar al personal a comunicar a sus organizaciones locales y al *NPSA* cuando las cosas no han ido bien. De esta forma, podemos crear una mejor visión de las cuestiones de seguridad del paciente que necesitan ser abordadas.

### Siete pasos para la seguridad del paciente en la atención primaria

Hemos establecido siete pasos que las organizaciones de atención primaria en el *NHS* deben realizar para la mejora de la seguridad del paciente.

Los pasos proporcionan una sencilla lista de control para ayudarles a planificar su actividad y evaluar su actuación en seguridad del paciente. Siguiendo estos pasos ayudarán a garantizar que la atención que proporcionan sea tan segura como sea posible, y que cuando las cosas han fallado se realiza la actuación correcta. También ayudarán a su organización a lograr sus objetivos actuales de gobierno clínico y gestión del riesgo.

### Más ejemplares

Si desean más ejemplares de *Seven steps to patient safety for primary care*, por favor contacten con el teléfono 08701 555455 del *NHS*. Las Secciones están publicadas en Internet y disponibles por separado en: [www.NPSA.nhs.uk/sevensteps](http://www.NPSA.nhs.uk/sevensteps)

### The National Patient Safety Agency

4 - 8 Maple Street  
London  
W1T 5HD  
T 020 7927 9500  
F 020 7927 9501

0114JUL04

© National Patient Safety Agency 2005. Copyright and other intellectual property rights in this material belong to the *NPSA* and all rights are reserved. The *NPSA* authorises healthcare organisations to reproduce this material for educational and non-commercial use.

[www.NPSA.nhs.uk](http://www.NPSA.nhs.uk)



