

La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente

SANTIAGO TOMÁS^{1,2}, MANEL CHÁNOVAS^{1,3}, FERMÍN ROQUETA^{1,4}, TOMÁS TORANZO⁵

¹Coordinadores Programa SEMES-Seguridad Paciente, España. ²Servicio de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona, Barcelona, España. ³Hospital Verge de la Cinta-Tortosa, IISPV, Tarragona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Fundació Althaia, Manresa, Barcelona, España. ⁵Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

CORRESPONDENCIA:

Santiago Tomás
C/ Rosselló 327, 6º
08037 Barcelona
E-mail:
seguridadpaciente@semes.org

FECHA DE RECEPCIÓN:

11-4-2012

FECHA DE ACEPTACIÓN:

17-4-2012

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

A todos los instructores SEMES en seguridad del paciente. A la Junta Directiva y al Consejo de Dirección de SEMES. A Martín Tejedor, Luis López Andújar, María José Bueno, Julián Alcaráz, Julian Mozota, Isabel Casado y Xavier López por su ayuda y aportaciones al Programa SEMES-Seguridad Paciente.

Los servicios de urgencias y emergencias (SUE) son áreas asistenciales donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos, que afectan, por tanto, a la seguridad del paciente (SP). El Programa SEMES-Seguridad Paciente inició una estrategia hace cuatro años (2008) en los SUE enfocada a la difusión de la cultura de seguridad, la formación en SP de los profesionales, el análisis de los incidentes con o sin daño en los SUE y el desarrollo de herramientas proactivas para la detección de riesgos durante la atención urgente. Como fruto de ello se ha generado una red de instructores de SP para SUE, compuesta actualmente por 176 profesionales; se ha desarrollado el estudio EVADUR y CULTURA, que han permitido conocer tanto la incidencia de sucesos adversos en dichos servicios, sus causas y evitabilidad, como el grado de seguridad y cultura de las organizaciones; y finalmente se ha elaborado un mapa de riesgos de la atención urgente. Todo ello ha permitido, no sólo conocer la situación en SP de los SUE, sino recomendar y desarrollar estrategias específicas enfocadas a la reducción de riesgos para el paciente derivados de la asistencia en los SUE. [Emergencias 2012;24:225-233]

Palabras clave: Seguridad paciente. Urgencias. Emergencias. Programa SEMES-Seguridad Paciente.

Introducción

Hace 4 años que la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) inició una nueva estrategia enfocada a la mejora de la seguridad del paciente (SP) en la atención sanitaria en general y, de manera concreta y específica, en la atención de las urgencias y emergencias en particular. La estrategia, bautizada como Programa SEMES-Seguridad Paciente, definía un esquema de actuación que a lo largo de estos años SEMES ha ido desarrollando y recomendando para los servicios de urgencias y emergencias (SUE); desde el inicio de crear cultura, pasando por la formación e

identificación de líderes en las organizaciones, para llegar al conocimiento de la situación de la atención urgente y establecer el diseño e implantación de estrategias de mejora. Al cabo de estos años, se empieza a recoger los frutos de la labor realizada en este camino. Observamos, gratamente, y a la vez con orgullo, como la actividad generada por el Programa SEMES-Seguridad Paciente está siendo reconocida por diferentes estamentos e instituciones y se ha convertido en una de las referencias en SP en España¹. La próxima puesta en marcha de la campaña de difusión de la mejora de la SP en urgencias junto con la Fundación MAPFRE y con la colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad es un ejemplo de ello. Este artículo pretende ser una revisión del viaje realizado hasta la actualidad y aportar el conocimiento y los logros obtenidos durante estos 4 años.

¿Qué es el Programa SEMES-Seguridad Paciente?

El Programa SEMES-Seguridad Paciente en SP para SUE^{2,3} surge como respuesta a las inquietudes manifestadas por los profesionales de la atención urgente en pro de la mejora de la SP. Está constituido por un conjunto de acciones que se pueden agrupar en 4 pilares:

1. Cultura y formación en SP, mediante el desarrollo de actividades diversas de difusión de la cultura de la SP en urgencias y emergencias, actividades formativas y la creación de una red de instructores en SP, acción, esta última, prioritaria del Programa^{2,4}.

2. Investigación en SP, a través del desarrollo de proyectos dirigidos a conocer la situación de los servicios de urgencias (SU) en aspectos de SP, el nivel de cultura de sus profesionales, el tipo de incidentes, causas, condiciones latentes y evitabilidad de los eventos adversos (EA) (estudio EVA-DUR⁵, estudio CULTURA⁴, futuro estudio EVADEM), así como el fomento de las actividades de investigación de la red de instructores^{2,6}.

3. Innovación en SP, mediante el desarrollo de herramientas proactivas que faciliten la mejora continua de la calidad y de la SP en los SU españoles. En este sentido, el diseño de un mapa de riesgos de la atención urgente es el principal proyecto que acaba de ser validado entre un grupo de 23 hospitales españoles y que será presentado este año en el Congreso Nacional de SEMES.

4. Creación de un observatorio en SP en urgencias y emergencias, elemento de referencia en SP para los profesionales de los SUE y que verá su luz también en este año.

Los riesgos en los servicios de urgencias

Es por todos conocido que los SU, junto con las unidades de cuidados intensivos y el área quirúrgica son, probablemente, las áreas del hospital de mayor riesgo de sucesos adversos⁷. Los SU atienden al año más de 26 millones de consultas, según estadísticas del año 2008⁸. Suponen la segunda actividad más importante en volumen dentro del Sistema Nacional de Salud, después de la atención primaria. Esta afluencia no es programable –la

actividad se condensa con mayor intensidad en determinadas franjas horarias– y la complejidad de las visitas es diversa; todo ello favorece el riesgo de aparición de incidentes y, por ende, de EA. Su labor se caracteriza por la toma de decisiones tiempo-dependiente, rápidas y con escasa información sobre los antecedentes y características del paciente, lo que conlleva un elevado riesgo en su ejecución. Además, en ellos concurre un elevado nivel de interrelación entre profesionales distintos, una práctica de procedimientos de diferentes tipos y el empleo de medicaciones de alto riesgo, elementos conocidos como las principales condiciones latentes favorecedoras de la aparición de sucesos adversos^{9,10}. Estas condiciones, junto con otras inherentes a la formación de los profesionales y sus competencias (elementos ligados a una falta de especialidad reconocida en España, a diferencia de otros países¹¹), a las carteras de servicios y a la organización abonan el terreno para que en cual-

Tabla 1. Condiciones latentes de riesgo en los servicios de urgencias y emergencias

Pacientes

- Afluencia
- Tipología y gravedad
- Complejidad clínica:
 - Pluripatología
 - Envejecimiento
 - Enfermedades crónicas
 - Variabilidad clínica

Profesionales

- Médicos y Enfermería:
 - Formación heterogénea
 - Plantilla, guardias, personal eventual, residentes...
 - Falta de seguimiento del paciente
- Motivación (*burnout*)
- Experiencia

Problemas de comunicación

- Profesional-paciente
- Profesional-profesional
- Cambios de turno o guardia

Errores de medicación

- Reacciones adversas a la medicación (RAM)
- Medicación de alto riesgo
- Comunicación:
 - Órdenes verbales
 - Mala letra: órdenes médicas, recetas
 - Prescripción informática: fenómenos de "copia y pega"
 - No revisión por farmacia

Condiciones de trabajo

- Escasa información sobre el paciente:
 - Paciente desconocido
 - Dificultad acceso a historia clínica
- Interrupciones y distracciones
- Turnos de trabajo:
 - Guardias: cansancio, interrupción del sueño
 - Turnos: intercambios de información; mayor nº intervenciones por paciente
- Presión asistencial:
 - Ratio médico-enfermero/paciente
 - Sobrecarga asistencial
- Cambio de ubicación del enfermo
- Cartera de servicios heterogénea

Adaptado de Campodarve⁹ y Bleetman¹⁰.

quier momento el error pueda surgir durante la asistencia urgente^{9,10} (Tabla 1). Sin embargo, una característica común en los trabajos que analizan la SP en los SU es el alto grado de evitabilidad teórica de los sucesos adversos que acontecen, que se sitúa alrededor del 70%^{5,7,12,13}. Ello supone una oportunidad de mejora con un impacto positivo importante sobre la población si se toman medidas adecuadas y específicas.

Situación de la seguridad del paciente en la atención urgente en España

La red de instructores SEMES en seguridad del paciente

Para conocer cuál es la situación de la SP en la atención urgente en España ha sido esencial la estrategia del Programa SEMES-Seguridad Paciente y, en especial, la información proporcionada y la colaboración, en las diferentes estrategias, de la red de instructores o formadores en SP.

Se partía de una situación previa caracterizada por una ausencia de expertos sobre SP en urgencias, así como de una oferta formativa heterogénea en SP no enfocada necesariamente a la atención urgente. Se aprovechó la experiencia SEMES en creación de redes de formación en otros ámbitos (Programa AHA, SET, ITLS...), para diseñar y desarrollar, desde el Programa SEMES-Seguridad Paciente, un modelo de formación específico conocido como instructores SEMES en SP¹⁻³. Los instructores, preparados a partir de una formación teórico-práctica intensiva de tres meses de duración, tienen como objetivo principal impartir la cultura de la SP entre los profesionales de la atención urgente, mediante la realización de actividades docentes y de investigación en sus SUE, así como participar en aquellas otras que se desarrollen tanto a nivel de sus comunidades autónomas (CCAA) como a escala nacional. De esta manera, y bajo un concepto de formación en red, se pretende poder hacer llegar el conocimiento de una manera global a todos los SUE españoles. Los instructores son los únicos profesionales reconocidos por SEMES para impartir formación y asesoramiento en SP en SUE hospitalarios y prehospitalarios, y su compromiso es renovado periódicamente (dos años) según su nivel de actividades¹⁻³.

En este sentido, el Programa SEMES-Seguridad Paciente ha formado y creado una red de instructores especializados en SP para SUE que actualmente está constituida por 176 profesionales (en este año 2012 se ha iniciado la formación de 60

Tabla 2. Instructores SEMES según procedencia por comunidad autónoma u otros países. Situación en abril 2012

Procedencia	Total	EH	IH
Andalucía	51	38	15
Cataluña	37	18	20
Galicia	17	16	1
Comunidad Valenciana	10	2	13
Castilla León	7	0	7
Madrid	6	4	2
Castilla-La Mancha	8	3	5
Asturias	6	3	3
País Vasco	6	1	5
Canarias	4	0	4
Aragón	5	0	5
Navarra	4	0	4
Extremadura	4	3	1
Murcia	1	0	1
Baleares	1	0	1
Total por CCAA	175	88	87
Otros países**	1	0	1
Total Instructores	176	88	88

*Sobre un total de 234 alumnos (75% aprobados) en 7 ediciones formativas. **Otros países: un instructor procedente de Andorra. CCAA: comunidad autónoma; EH: ámbito extrahospitalario; IH: ámbito hospitalario.

profesionales más), distribuidos entre las 17 CCAA, los cuales, mediante sus actividades de formación e investigación, han sido capaces de movilizar muchos más profesionales de la Medicina de Urgencias y Emergencias (Tabla 2).

¿Cuál es la cultura de seguridad en los servicios de urgencias y de emergencias españoles?

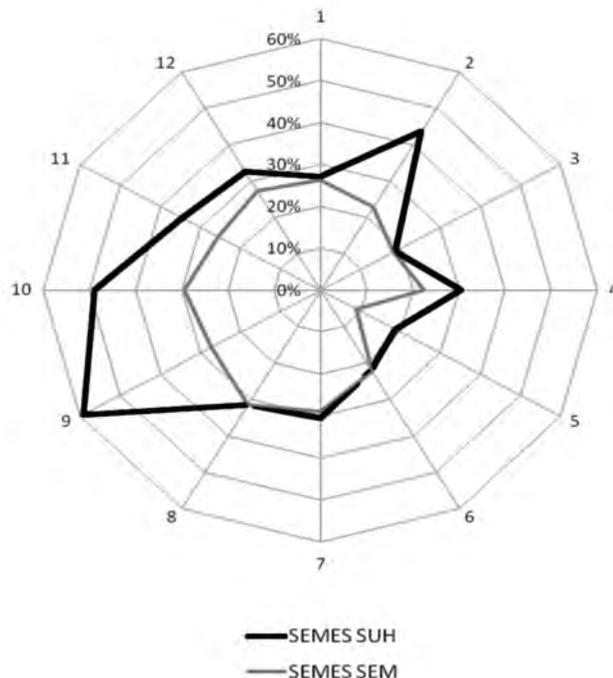
A partir de las actividades realizadas por los instructores en SP se ha podido extraer una aproximación de la situación de cultura de seguridad en los SUE españoles, tal como se recoge en el trabajo "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud", de Roqueta *et al.*⁴. El trabajo, basado en la aplicación de la encuesta *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS)* de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* adaptada al castellano se realizó en 30 SU de 13 CCAA y se obtuvo un total de 1.388 respuestas válidas. La nota media sobre el grado de seguridad expresada por los profesionales fue de 6,1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron las de "Trabajo en equipo en la unidad" y "Expectativas/acciones de los mandos en SP" con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente. Las dimensiones peor valoradas fueron "Dotación de recursos humanos" y "Apoyo de la gerencia/dirección del hospital" con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente. Un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas y constituyen un buen referente

para priorizar aquellos aspectos susceptibles de mejora. El trabajo, referente en cultura de seguridad, posee ya en estos momentos 2.415 cuestionarios de primera intención y 350 en segunda intención, lo que nos permitirá conocer la evolución progresiva de la cultura en los SU y el grado de influencia de las estrategias desarrolladas.

En el entorno prehospitalario, también se ha administrado la encuesta HSOPS de la AHRQ, con las limitaciones que supone el hecho que la encuesta que no esté validada para su aplicación en los sistemas de emergencias médicas (SEM). Teniendo esto en cuenta, así como también la heterogeneidad organizativa de los diferentes sistemas de EH según la CCAA donde está implantado, sus datos nos pueden dar una aproximación sobre el grado de cultura en SP que existe en esta área asistencial. Los resultados, no publicados hasta la fecha, obtenidos sobre 964 encuestas, muestran que los profesionales de los SEM valoran la SP con una puntuación mayor (7,1 puntos) que los de los SU. Probablemente, factores como la práctica continua de la revisión y comprobación del material y equipos, la comunicación continua entre profesionales y con las centrales coordinadoras, así como la necesidad de trabajo en equipo y la cultura de preservar su propia seguridad están mucho más interiorizados entre los profesionales de los SEM, hecho que aporta una mayor valoración de la SP^{15,16}.

En el análisis comparativo entre ambos colectivos destaca, como problema, la importancia de cómo son tratados los errores y cómo se siente la "segunda víctima" (el profesional) ante un error. Precisamente, las valoraciones más negativas en el entorno de los SEM han estado relacionadas con la respuesta no punitiva a los errores, el *feedback* y la comunicación sobre los errores (Figura 1). Quizá la sensación de no saber cómo son tratados y/o la percepción punitiva que puedan recibir confieren una cierta pérdida de confianza en los aspectos de seguridad sobre el tratamiento de los sucesos adversos en estas organizaciones. Por tanto, es un punto que debería ser más trabajado tanto en estos entornos como en el nivel sanitario en general. Ambos medios son similares en el tipo de fortalezas, pero las debilidades son diferentes. La mejora de la seguridad quizá deba contemplar estrategias diferentes entre sí, según el ámbito del que se trate.

Finalmente, otro aspecto relacionado con la cultura de seguridad en los SUE es conocer cuáles son las motivaciones e intereses de los profesionales respecto a la SP. Una encuesta realizada a profesionales de urgencias (médicos, enfermeros y farmacéuticos) a propósito de la celebración de



1. Frecuencia de eventos notificados / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje de organización – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. *Feed-back* y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la gerencia-dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidades / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales.

Figura 1. Cultura de seguridad: porcentaje de respuestas negativas según ámbito hospitalario (SUH) o extrahospitalario (SEM) para cada una de las 12 dimensiones estudiadas.

las II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias en noviembre 2011¹⁷ sobre las áreas de mayor interés encontró, como más destacables, los aspectos formativos en SP, las experiencias en SP y medicación, los aspectos éticos y legales de la SP, la prevención de infecciones y en el papel de las técnicas de simulación en la mejora de la SP en urgencias (Tabla 3).

¿Qué tipo de incidentes se detectan en urgencias y por qué ocurren?

El estudio EVADUR⁵ marca un antes y un después en el conocimiento de la SP en urgencias. Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y multicéntrico en 21 hospitales que detecta, tras analizar 3.854 pacientes, que al menos un 12% de los pacientes atendidos sufren algún tipo de incidente. De ellos, el 54,8% se acompaña de daño al paciente. A destacar que en un porcentaje importante los incidentes aparecen o son detectados posteriormente al alta (43%) (EA tardíos), fenómeno que es obviado en otros estudios en

Tabla 3. Encuesta sobre áreas de interés en la seguridad del paciente (SP)

Puntúe de 1 a 10 su interés sobre los siguientes temas	Nota
Formación y SP en urgencias y emergencias	8,2
Experiencias en SP y medicación	7,9
Aspectos éticos y legales en la SP en urgencias y emergencias	7,7
Prevención de las infecciones en urgencias y emergencias	7,7
Simulación en urgencias y emergencias y SP	7,6
Experiencias en SP y procedimientos y cuidados	7,4
Gestión de riesgos	7,3
Notificación y análisis de casos	7,2
Experiencias en SP y comunicación	7,0
Cultura de la SP en urgencias y emergencias	7,0
Indicadores de calidad, acreditación y seguridad en urgencias y emergencias	7,0
Análisis modal de fallos y efectos en la gestión de los procesos de urgencias y emergencias	6,9
Participación del paciente en la SP en urgencias y emergencias	6,9
Las tecnologías de la información y la comunicación en la SP en urgencias y emergencias	6,8

Encuesta SEMES mayo-julio 2011. Nº encuestas: 389.

los que las tasas de incidencia son inferiores. Si tenemos en cuenta que alrededor del 80-90% de los pacientes atendidos en los SU son dados de alta⁸, la posibilidad que el EA sea detectado y tratado en otro nivel asistencial es elevada. Uno de los aspectos más importantes del estudio fue la valoración de los factores causales: alrededor de 80% de los sucesos adversos, se pueden agrupar en tres grandes bloques: formación, medicación y comunicación. Tal como se argumenta en dicho estudio, las estrategias para mejorar la SP en los SUE deberían ser dirigidas, sin duda, hacia estos bloques causales (Tabla 4)^{4,5,12,16}.

Haciendo un ejercicio de extrapolación sobre las más de 26 millones de urgencias atendidas en España (año 2008)⁸, el valor hallado en el estudio EVADUR (mortalidad directamente relacionada: 0,05%)⁵ podría suponer un total de 12.650 fallecimientos relacionados con la aparición de un EA causado en urgencias. Tanto el grado de evitabilidad (situada alrededor del 70% de los casos) como de evidencia de fallo de actuación (evidenciado en más del 50% de los incidentes detectados) permiten afirmar que en los SU existe una elevada capacidad de prevención de los sucesos adversos de consecuencias graves. Esto se puede obtener si se realizan acciones correctoras en los SU dirigidas hacia los factores causales y las condiciones latentes detectadas.

Si bien el estudio EVADUR es probablemente la principal fuente de información sobre las características de los sucesos adversos de los SU, éstos pueden disponer también de herramientas, como la notificación (para su detección y posterior análisis), que pueden ayudar a conocer su realidad concreta. Sin embargo, el bajo índice de notifica-

Tabla 4. Factores causales responsables de incidentes en urgencias, según el estudio EVADUR*

Causas	Frecuencia (%)
Manejo inadecuado del paciente	17,43
Retraso en el diagnóstico	14,85
Reacción adversa a la medicación	13,47
Manejo inadecuado de la técnica	13,27
Error en el diagnóstico	9,31
Omisión de dosis o medicación	8,91
Comunicación médico-paciente	7,92
Inadecuado manejo de signos de alerta	5,74
Comunicación médico-enfermera	5,35
Mantenimiento inadecuado de catéteres	4,95
Dosis incorrecta	4,75
Retraso en la consulta especializada	4,55
Comunicación enfermero-paciente	4,16

*Adaptado de Tomas S *et al.*. Un incidente puede haber tenido más de un factor causal.

ción y, sobre todo, el escaso registro de los eventos en las historias clínicas (según datos del estudio EVADUR, sólo se registra el 17% en las historias⁵) hacen que este sistema de conocimiento se esté mostrando ineficaz en los SU. Sin dejar de impulsar esta herramienta, otros métodos, como los *briefings*¹⁸, constituyen iniciativas, que pueden mejorar el conocimiento de los sucesos que acontecen en cada SU.

Por el contrario, sobre el ámbito extrahospitalario, y a pesar de los datos analizados sobre el grado de cultura de seguridad, no se disponen en nuestro entorno de datos que permitan conocer la incidencia y características de los EA que se producen en dicho ámbito, por lo que podemos medir el grado de seguridad sin tener estudios bien elaborados que nos den información al respecto. A pesar de esta realidad, podemos usar como guía trabajos anglosajones que hacen referencia a la atención extrahospitalaria en el Reino Unido o en EEUU, aunque éstos están basados en la actuación de los "paramédicos", por lo que su aplicabilidad en nuestro medio se ha de relativizar. En este sentido, el Programa SEMES está ultimando el estudio sobre eventos adversos en emergencias (EVADDEM), que permitirá tener una mejor aproximación hacia la realidad en España.

Acciones de mejora sobre seguridad del paciente en los servicios de urgencias y emergencias

Desde la última década, y antes de la eclosión de los movimientos sobre SP actuales, los SUE fueron introduciendo progresivamente herramientas de trabajo y elementos de gestión que han contribuido, de manera directa o indirecta, a la

mejora de la SP. La implantación de los sistemas de *triaje* estructurado en los SU¹⁹ (en los que se prioriza la atención junto con la gravedad estimada por protocolos validados) y las políticas de mejora de la calidad (mediante el seguimiento de indicadores²⁰) y los modelos de acreditación de SU²¹ (donde se valoran, entre otros elementos, la seguridad y el riesgo) han sido algunos de los avances más significativos, promovidos, especialmente, desde las sociedades científicas de medicina de urgencias. En los últimos años, y gracias al fuerte empuje provocado por las alianzas en materia de SP desarrolladas por las administraciones, ha ido creciendo paulatinamente una conciencia y cultura de la seguridad entre los profesionales²².

El Programa SEMES ha tenido y tiene como objetivos el desarrollo de la cultura de seguridad y la formación, así como el desarrollo de iniciativas de investigación y de mejora de manera específica en la atención urgente. Esta política se dirige a la mejora de resultados y de la eficiencia en la prevención de riesgos, especialmente una vez conocidos cuáles son los principales problemas que afectan a nuestro ámbito^{1-3,22,23}. Al respecto, diferentes grupos vienen trabajando aspectos específicos en SP basados en el conocimiento de dichos problemas. En este sentido, en la Figura 2 se agrupan, por áreas temáticas, las experiencias presentadas en las II Jornadas Nacionales de Seguridad del paciente en Urgencias y Emergencias realizadas en Toledo en noviembre del 2011. Un total de 80

experiencias fueron presentadas en dicho evento⁶. Entre todas ellas, hay tres áreas que engloban el 50% de todas las iniciativas: el análisis de la cultura de seguridad, SP y medicación y SP en procedimientos y cuidados, áreas que inciden una vez más en los principales problemas detectados en los SUE.

La experiencia acumulada por nuestro Programa permite establecer una serie de recomendaciones sobre acciones estratégicas a desarrollar en los SUE destinadas a la mejora de la SP (Tabla 5):

1. Seguir creando y manteniendo la cultura de SP en los SU: En este sentido, la promoción de la cultura es imprescindible, tanto a través de actividades de divulgación y difusión como mediante la formación de los profesionales. El papel de la red de instructores SEMES en los SUE es esencial para conseguir este objetivo. La medición periódica de la cultura de seguridad es un ejercicio que permite conocer el grado de avance en este aspecto⁴. Llama la atención, en las experiencias realizadas, cómo todos los parámetros mejoran a medida que se instauran acciones específicas, con excepción, en algunos casos, de la percepción de seguridad, por ser los profesionales aún más conscientes de la problemática. En algunos estudios, los colectivos de enfermería se han mostrado más críticos que el resto de profesionales, probablemente por estar más horas en contacto con el paciente^{6,24}.

2. Medir lo que está ocurriendo. Es necesario continuar y no dejar de analizar y medir cómo es

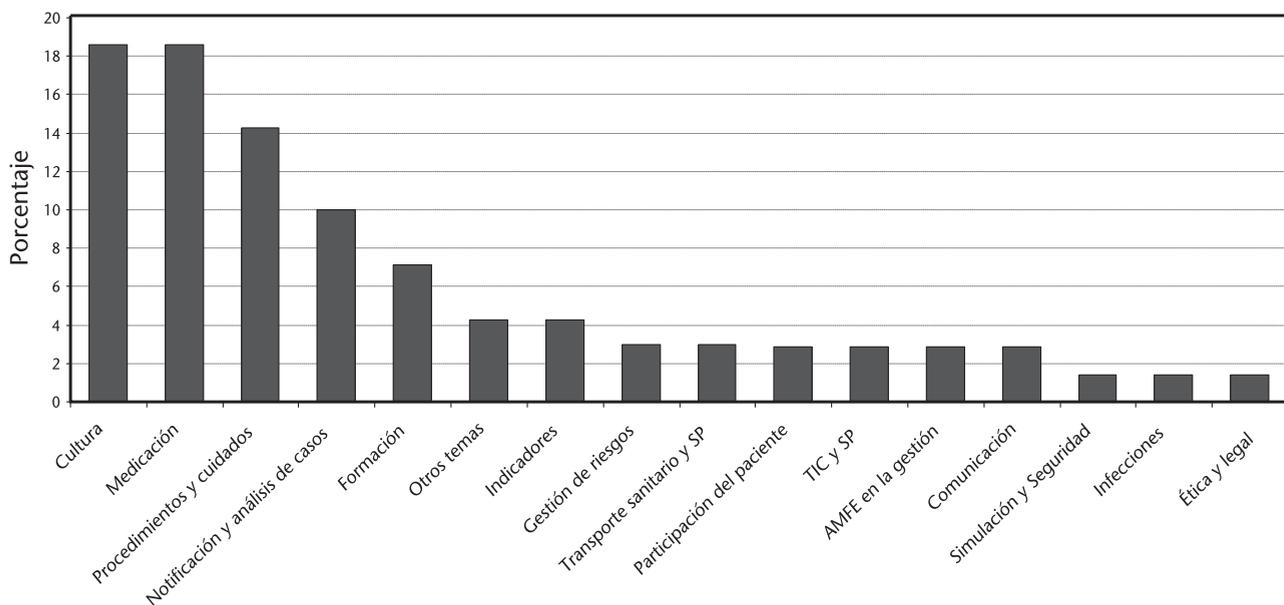


Figura 2. Áreas temáticas de las experiencias presentadas en las II Jornadas Nacionales sobre Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias (Toledo, noviembre 2011). Resultados en porcentajes, sobre un total de 80 experiencias comunicadas⁶. TIC: tecnologías de la información y comunicación SP: seguridad paciente; AMFE: análisis modal de fallos y efectos.

Tabla 5. Estrategias para la mejora de la seguridad del paciente en urgencias

Estrategias de mejoras	Recomendaciones
Crear cultura	Divulgación de la cultura de seguridad Formación en seguridad paciente Campañas divulgativas
Medir qué ocurre	Indicadores de seguridad Estudios de incidencia (EVADUR/EVADEM) Evolución cultura
Detectar y analizar	Notificación eventos adversos <i>Briefings</i> <i>Triggers</i> Análisis de casos Mapas de riesgos
Herramientas proactivas para la detección de riesgos	
Programas específicos de mejora	Farmacéutico en urgencias Formación en manejo adecuado de procedimientos y cuidados Simulación Sistemas de comunicación Estrategias de participación del paciente El tratamiento de "las segundas víctimas"

de segura nuestra actividad asistencial, bien sea a través de indicadores, como los propuestos por SEMES²⁰ (donde cerca del 40% están relacionados con SP), bien sea a través de estudios similares al EVADUR (incluido cortes de prevalencia multicéntricos) o al futuro EVADEM, que nos permitan mantener periódicamente una fotografía sobre los principales problemas y su evolución, así como la necesidad de diseño de nuevas actividades.

3. Describir, notificar y analizar los incidentes que ocurren. Las tasas de notificación son muy bajas y existe bibliografía que analiza los motivos^{25,26}. Además, en urgencias sabemos que tan sólo un 17% de los EA constan en la historia clínica de los pacientes afectados⁵. A pesar del desarrollo de modelos de notificación que pretenden homogeneizar la comunicación de sucesos adversos para facilitar su análisis, como, por ejemplo, el sistema de notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente (SINASP)²⁷, no se consigue mejorar los resultados, incluidos los SUE. Algunas herramientas pueden ser alternativas útiles y sencillas a la notificación, y facilitar la participación de los profesionales y generar a su vez cultura de seguridad. Éste es el caso de los *briefings*, una herramienta de fácil aplicación más cercana a los sistemas de trabajo diario de los SUE y que pueden aportar mucha más información de la situación diaria que las mismas notificaciones^{18,23}. La apuesta por los *briefings* como un sistema alternativo a la notificación es una de las recomendaciones del Programa SEMES. Sin embargo, todos estos modelos tienen escaso valor si no se acompañan de acciones de análisis de casos. En este sentido, el Programa SEMES ha apostado por la recomenda-

ción de análisis de casos a través de la metodología descrita por el Protocolo de Londres, desarrollado por Taylor Adams y Vicent^{28,29}, una forma más práctica para los SUE que permite un análisis más sistémico de los factores causales y de las condiciones latentes y que también se está implantando en gran parte de los hospitales. En este sentido, el Programa SEMES dispone de una base de datos de 350 análisis reportados a través de los cursos de instructores, que constituye una fuente de información para el desarrollo de mejoras estratégicas.

4. Diseñar e implantar en los SUE herramientas proactivas para la detección de riesgos. Estas herramientas permiten detectar los riesgos de la asistencia e intentar elaborar estrategias de mejora antes que ocurran. En este sentido, el futuro mapa de riesgos de la atención urgente, que está desarrollando el Programa SEMES en colaboración con 23 SU puede ser un elemento clave para dicho objetivo. El desarrollo de un mapa de riesgos por la metodología AMFE, a partir de procesos ya diseñados o en construcción, es un elemento básico para la elaboración de planes estratégicos de mejora de la SP de los SUE³⁰.

5. Impulsar estrategias o programas específicos basados en los riesgos detectados. En este aspecto, el Programa SEMES recomienda la elaboración de estrategias dirigidas al manejo adecuado de procedimientos, de los cuidados del paciente, de la comunicación y de la medicación. Las estrategias basadas en la simulación pueden ser muy interesantes, sobre todo en el manejo de procedimientos y cuidados, al igual que en la comunicación. La evaluación de competencias en el ámbito extrahospitalario¹⁶ es una línea de trabajo interesante que repercute también sobre la SP.

Una de las líneas estratégicas que más ha crecido en los últimos dos años ha sido la que hace referencia a la SP y el manejo de medicación. En ella se hace hincapié en los programas de introducción de fármacos en los SU, en la atención de las discrepancias en las historias farmacoterapéuticas o en las estrategias de mejora en la reducción de riesgos con la medicación en los SUE³¹⁻³⁵. El Programa SEMES en SP trabaja conjuntamente con el grupo FASTER de la Sociedad de Farmacia Hospitalaria por la mejora de la SP, realizando actividades formativas y de investigación conjuntas en este campo³⁶.

El desarrollo del proyecto EVADEM en el ámbito extrahospitalario, la formación en SP de los técnicos en emergencias sanitarias (es importante mencionar que en la formación de los técnicos en emergencias sanitarias según se regula en el RD 1397/2007 se incluyen los criterios de calidad en

Tabla 6. Mensajes de la campaña: “En urgencias, la seguridad del paciente está en tus manos”

1. **Manos limpias.** Realiza la higiene de manos con preparados de base alcohólica en los 5 momentos recomendados por la OMS. Reducirás el riesgo de infecciones.
2. **Conoce al paciente como a la palma de tu mano.** Comprueba siempre su identidad y verifica su historia clínica. Descartarás confusiones.
3. **Mano firme con la medicación.** Asegúrate que la prescripción es la adecuada, verifica las alergias, identifica bien el fármaco, ajusta la dosis y adminístralo correctamente. Disminuirás los riesgos con la medicación.
4. **Compruébalo de primera mano.** Verifica siempre que las muestras biológicas y las pruebas corresponden al paciente. Evitarás tomar decisiones equivocadas.
5. **Ten buena mano con las pruebas y los procedimientos.** Evita analíticas, radiografías, accesos vasculares, sondajes... y todas aquellas pruebas o procedimientos innecesarios. Ahorrarás riesgos al paciente y harás un mejor uso de los recursos.
6. **Da la mano al paciente.** Explícale de forma clara todo lo que vas a realizar y las alternativas, atiende sus preguntas y facilita su implicación en la toma de decisiones. Minimizarás errores cuidando la comunicación.
7. **Actúa con la mano en el corazón.** Reconoce los errores, notifica los incidentes, colabora en su análisis y promueve medidas para evitar que se repitan. Ganaremos todos si todos mejoramos.
8. **Tiende la mano a tus compañeros.** Entrega por escrito y de forma clara todas las indicaciones. Transmite la información relevante del paciente en los cambios de turno y traslados. Facilitarás una atención más segura.
9. **Déjalo en otras manos.** Solicita ayuda cuando la necesites y evita realizar cualquier prueba o procedimiento si tienes dudas. Eliminarás riesgos innecesarios.
10. **En buenas manos.** Valora el dolor del paciente e identifica los signos de alarma durante su estancia en urgencias. Protege adecuadamente a las personas frágiles y con riesgo de caídas. Favorecerás su bienestar y su seguridad: el paciente te lo agradecerá.

*Campaña promovida por la SEMES, la Fundación MAPFRE y el Ministerio de Sanidad.

la prestación del servicio y los factores determinantes en la calidad, como es la seguridad), el desarrollo de estrategias de mejora con participación del paciente (se está iniciando tímidamente por diferentes grupos de SUE⁶) o el tratamiento de las segundas víctimas (los profesionales) son algunas de las asignaturas pendientes que el Programa SEMES no ha podido contemplar en este periodo de cuatro años, pero que deberán ser objetivos en el futuro.

La campaña: “En urgencias, la seguridad del paciente está en nuestras manos”

Dada la importancia de las acciones dirigidas a mejorar la SP en la atención urgente, y como consecuencia del trabajo realizado, SEMES y Fundación MAPFRE, en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, han establecido un convenio de colaboración para el diseño y difusión de una campaña de SP titulada “*En urgencias, la seguridad del paciente está en nuestras manos*”. El objetivo de la campaña es hacer llegar a los profesionales de los SUE, diez recomendaciones que han de ser consideradas para reducir los riesgos derivados de la asistencia sanitaria urgente. Los mensajes están basados en aquellas causas que, según la evidencia científica, son responsables de, al menos, el 80% de los sucesos adversos que ocurren en los SU y en los análisis de la cultura de seguridad en urgencias^{4,5,12}. Los mensajes, recogidos en la Tabla 6, serán difundidos a través de carteles y trípticos, destinados a los profesionales y a los SUE, así como a través de los medios de difusión de las instituciones participantes.

Conclusiones

El Programa SEMES-Seguridad Paciente está contribuyendo a difundir la cultura de seguridad entre los profesionales de los SUE y ha permitido realizar una aproximación al conocimiento de la situación de la SP para poder establecer estrategias específicas de mejora. Todas estas estrategias se pueden desarrollar de distintas maneras, pero lo más importante es la evaluación continua de cada una de ellas, de tal forma que nos permita conocer su efectividad y eficiencia, valorar si alcanzamos los objetivos marcados y establecer una mejora continua de la seguridad y la calidad asistencial. Y podemos juntar estas estrategias específicas en urgencias con estrategias o campañas institucionales, como el lavado de manos, el listado de verificación quirúrgico, la identificación de pacientes, los proyectos de prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria u otras que también tienen su influencia sobre la SP en urgencias. Todas ellas son complementarias entre sí y sin duda van dirigidas a conseguir un objetivo común: la reducción de riesgos en la asistencia sanitaria.

Bibliografía

- 1 Tomás Vecina S, Toranzo Cepeda T. SEMES: Premio Avedis Donabedian a la Excelencia en Calidad de Sociedades Científicas-2012. *Emergencias*. 2012;24:5-6.
- 2 Programa SEMES-Seguridad Paciente. (Consultado 10 Abril 2012). Disponible en: <http://www.semes.org/psemes/temario.htm>
- 3 Tomás Vecina S. Programa SEMES. Seguridad del Paciente. *Monografías Emergencias*. 2009;8:29-34.
- 4 Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud Español. *Emergencias*. 2011;23:356-64.

- 5 Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y Grupo de Trabajo EVADUR – SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
- 6 II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. Programa de comunicaciones. Madrid: Grupo Saned; 2011.
- 7 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS eds. *To err is human: Building a safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- 8 Establecimientos sanitarios con régimen de internado. Instituto Nacional de Estadística 2008. (Consultado 10 Mayo 2009). Disponible en: <http://www.INE.es>.
- 9 Campodarve I. Errors Mèdics als Serveis d'urgències. *Ann Medicin*. 2002;85:132-34.
- 10 Bleetman A, Sanusi S, Dale T, Brace S. Human factors and error prevention in emergency medicine. *Emerg Med J* 2012; en prensa.
- 11 Miró O. State of emergency medicine in Spain. *Int J Emerg Med*. 2010;3:219-26.
- 12 Aranaz JM, Albar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS, 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- 13 Bogner MS (ed). *Human error in Medicine*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum associates. 1994. pp. 10.
- 14 Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. (Consultado 21 Junio 2011). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
- 15 Atack L, Maher J. Emergency medical and health providers' perceptions of key issues in prehospital patient safety. *Prehosp Emerg Care*. 2010;14:95-101.
- 16 Casado Flórez MI, Corral Torres E, García Ochoa MJ, De Elías Fernández R. La calidad asistencial y la competencia médica en la práctica clínica de emergencias evaluada a través de un sistema de valoración del desempeño en la escena. *Emergencias*. 2012;24:84-90.
- 17 II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias. (Consultado 12 Abril 2012). Disponible en: <http://seguridadpaciente.semes.org>
- 18 Safety Briefings. Institute for Healthcare Improvement Boston, Massachusetts, USA 2004. (Consultado 12 Abril 2012). Disponible en: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/SafetyBriefings.aspx>
- 19 Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el *triaje* estructurado. *Emergencias*. 2006;18:156-64.
- 20 SEMES. Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Grupo Saned; 2009.
- 21 López Andujar L, Aljama Alcántara M, Pérez-Montaut Merino I, Cartelle Pérez T, Casado Martínez JL, Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias. *Todo Hospital*. 2003;198:456-61.
- 22 Declaración de profesionales por la Seguridad del Paciente. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006. (Consultado Noviembre 2009). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp4.pdf
- 23 Tomás S. Seguridad del Paciente. De la estrategia a la práctica clínica segura. *El Médico*. 2011;1123:14-7.
- 24 Guiu E, Tomás S, Moreno E, Pérez J, Gómez-García A, Gómez-Gómez MA. Si nos involucramos, mejoramos: evolución anual de la cultura de seguridad del paciente en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2010;22(Extr):373.
- 25 Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. (Consultado 12 abril 2012). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- 26 Braithwaite, J, Westbrook MT, Travaglia JF, Hughes C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:229-33.
- 27 Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente SINASP. (Consultado 10 Abril 2012). Disponible en: https://www.sinasp.es/SINASP_InformacionGeneral.pdf
- 28 Chanovas Borrás, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F. Análisis de casos: ¿Cómo prevenir la recurrencia de los efectos adversos. *Monografías Emergencias*. 2009;3:1-13.
- 29 Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management Protocol. *BMJ*. 2000;320:777-81.
- 30 García Gómez MM. Los mapas de riesgos. Concepto y metodología para su elaboración. *Rev San Hig Pub*. 1994;68:443-53.
- 31 Bañeres J. La seguridad en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2010;22:81-2.
- 32 Tomás Vecina S, García Sánchez L, Pacual Arce B, Riera Paredes I. Programa de intervención farmacéutica en el Servicio de Urgencias para mejorar la seguridad del paciente. *Emergencias*. 2010;22:85-90.
- 33 Vilà de Muga M, Messegué Medà M, Astete J, Luaces Cubells C. Resultados de una estrategia de prevención de errores de medicación en un servicio de urgencias pediátrico. *Emergencias*. 2012;24:91-5.
- 34 Iniesta Navalón C, Urbieto Sanz E, Gascón Cánovas JJ, Madrigal de Torres M, Piñera Salmerón P. Evaluación de la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el servicio de urgencias al ingreso hospitalario. *Emergencias*. 2011;23:365-71.
- 35 FASTER: Farmacia Asistencial en Urgencias. (Consultado 12 Abril 2012). Disponible en: <http://www.fasterweb.es>
- 36 Juanes A, García Peláez M, Altimiras Ruiz J. Los servicios de urgencias médicas: Un nuevo reto para los farmacéuticos de hospital. *Aten Farm*. 2006;8:72-8.

Patient safety in emergency medicine: report on 4 years' implementation of a program designed for the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES)

Tomás S, Chánovas M, Roqueta C, Toranzo T

Emergency departments (ED) and Emergency Medical Systems (EMS) are areas where there is high risk of adverse events and incidents that affect patient safety. In 2008 the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES) initiated a program to promote a patient safety culture in ED and EMS. The program included training in patient safety, the analysis of incidents with and without patient harm, and the development of proactive tools to detect risk during emergency interventions. Outcomes of this program include the establishment of a network of 176 instructors in emergency patient safety and the EVADUR and CULTURA studies to determine the types of incidents and adverse events in our ED and EMS, their causes and preventability, and the level of safety and safety culture within organizations. The results make it possible to draw an emergency service risk map. After 4 years the program has provided information on patient safety in Spanish ED and EMS and allows us to develop guidelines for devising risk reduction strategies for this setting. [*Emergencias* 2012;24:225-233]

Key words: Patient safety. Emergency health services. Emergency medicine. Patient Safety Program of the Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES).