

Día Mundial de la Seguridad del Paciente

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”
(Santiago Ramón y Cajal)

Con el lema **“Medicación sin daño”** la Organización Mundial de la Salud (OMS) conmemora el día Mundial de la Seguridad del Paciente el 17 de septiembre de 2022. Las prácticas poco seguras y los errores de medicación figuran entre las principales causas de daños evitables en la atención de la salud en todo el mundo. Todas las personas tomarán, en algún momento de su vida, medicamentos para prevenir o tratar enfermedades. Sin embargo, los medicamentos a veces causan graves daños si se almacenan, prescriben, dispensan o administran de forma incorrecta o si no se controlan de forma suficiente. Por ello, la campaña de este año insta a que se priorice el enfoque de este problema y se tomen medidas de seguridad para identificar y evitar los riesgos relacionaos con la medicación¹.

La calidad de la atención sanitaria que se proporciona a la ciudadanía responde a criterios éticos y de profesionalidad y es, además, una exigencia social. Son dimensiones de la calidad asistencial la accesibilidad, la efectividad, la eficiencia, la equidad, la idoneidad, la puntualidad, la centralidad del paciente y la seguridad en el entorno sanitario. Precisamente, es la seguridad la dimensión más crítica; se centra en identificar y evitar los daños que sufren las personas en su interacción con el sistema sanitario denominados *“eventos adversos”* en la literatura internacional. Son eventos adversos (EA) los errores con la medicación, los fallos en la comunicación, la identificación equívoca de pacientes, los diagnósticos incorrectos, las caídas y las úlceras por presión durante la hospitalización y la cirugía en lugar erróneo, entre otros. Al daño que los EA causan en las personas se añade su impacto económico y la desconfianza que generan en los sistemas de salud por lo que tratar de evitarlos se ha convertido en una exigencia tanto para los profesionales y gestores de los servicios sanitarios como para la ciudadanía. Las consecuencias de los EA se manifiestan en términos de prolongación de estancias hospitalarias, incapacidades en los pacientes, morbilidad y mortalidad. La relevancia y alcance de los EA ha llevado a las principales organizaciones de salud como la OMS, la Organización Pan Americana de la Salud, el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales a desarrollar en los últimos años estrategias para promover planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los EA evitables en la práctica clínica.

¹ Organización Mundial de la Salud. Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. [Interne]; 2017 [Consultado 19 julio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

A pesar de ser la seguridad clínica una prioridad en las políticas sanitarias de la mayoría de los países, no existe un sistema sanitario capaz de garantizar la ausencia total de EA, dado que éstos suceden por una concatenación de circunstancias en las que se combinan procesos complejos, múltiples y sofisticadas tecnologías e interacciones humanas². Además, concurre el agravante de que muchos de los EA que se producen no se notifican; el miedo a que se consideren producto de la impericia o la negligencia o a las sanciones son las causas principales. La cultura tradicional es punitiva, aunque es sabido que es más efectivo buscar las debilidades del sistema para corregirlas que culpabilizar a las personas.

Se ha evidenciado que los EA debidos a una atención poco segura son una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo³. En los países de ingresos altos, se estima que uno de cada 10 pacientes sufre daños mientras recibe atención hospitalaria⁴; se ha demostrado que, en este entorno, alrededor del 50% de los EA podrían ser evitados⁵. En el ámbito de la atención sanitaria primaria y ambulatoria a nivel mundial, se estima que hasta el 4 de cada 10 pacientes sufren daños y que el 80% de ellos se pueden prevenir⁶. Según el Estudio APEAS, realizado sobre una muestra de 96.047 consultas, la prevalencia de eventos adversos fue del 10,11%, estando el 47,8% de los EA ocurridos relacionados con la medicación⁷.

La Joint Commission, organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo, atribuye los EA a diferentes factores; de tipo humano (ratio de pacientes por profesionales), turnos, fatiga, formación), de proceso (fallos organizativos y operativos en las diferentes etapas del mismo), relacionados con el equipamiento (mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia), ambientales (ruido, espacio, mobiliario...), relativos a gestión de la información y la comunicación, de liderazgo (cultura de la organización con respecto a la seguridad), supervisión inadecuada, etc⁸.

La preocupación por la seguridad de los pacientes es un hecho que data de la antigüedad. Haciendo un breve recorrido por diferentes épocas de la historia encontramos reseñas ya diecisiete siglos antes de Cristo, en el Código de Hammurabi, dentro del cual varias leyes regulaban la atención médica e incluían las multas a pagar por los malos resultados. Así la Ley 220 establecía: *Si operó una catarata con el bisturí de bronce y ha destruido su ojo, pagará en plata la mitad de su precio*⁹. También figura en documentos egipcios como el Papiro de Ebers,

² Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70

³ Jha AK. Presentation at the "Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike" a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation [Internet]. 2018 [Consultado 19 Agosto 2022]. Disponible en: <https://globalhealth.harvard.edu/>.

⁴ Slawomirski L, Aaraaen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD [Internet]. 2017 [Consultado 22 Agosto 2022]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/the-economics-of-patient-safety-march-2017.pdf><http://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>.

⁵ de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, Gouma DJ, Boermeester MA. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. Qual Saf Health Care. 2008;17(3):216-23. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>

⁶ Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, W Bates D. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Qual Saf. 2013 Oct;22(10):809-15. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>

⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]; 2008 [Consultado 28 julio 2022]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/organizacion/snc/planCalidadSNS/docs/estudio_apas.pdf

⁸ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient Safety Topics [Internet]. [Consultado 28 julio 2022]. Disponible en: https://www.jointcommission.org/translate.gooq/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pt=sc

⁹ Sampedro A, Barbón JI. Los ojos en el Código de Hammurabi. Arch Soc Esp Oftalmol [Internet]. 2009 Abr [Consultado 11 julio 2022]; 84(4): 221-2. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-6691200900040010&lng=es.

cerca del año 1500 antes de nuestra era, año 8º del reinado de Amenhotep I. Es el principio atribuido a Hipócrates (siglo V a. Cristo) “*primum non nocere*”, el referente por antonomasia de la preocupación de los profesionales por la seguridad de los pacientes. Para los hipocráticos, existían tres principios esenciales en orden a conseguir la curación: favorecer o no perjudicar, abstenerse de lo imposible y atacar la causa del daño¹⁰. Aurelio Cornelio Celso (30 a.C.- 50 d.C.) y sus ocho libros de medicina son, sin duda, una aportación incuestionable a la medicina de la Antigüedad. En “*De re medica*” refiriéndose a la sangría, técnica utilizada con frecuencia desde antiguo, el autor decía que era un “*remedio que exige reflexión y prudencia*”. Son destacables las opiniones de Celso sobre las disecciones en personas vivas que tenían lugar en aquella época; él calificaba de “*homicida*” al que las practicaba¹¹. Galeno de Pérgamo (130 d.C.-200 d.C.) indicaba en sus escritos que “*el médico de calidad es aquél que no pierde la calma ni ignora lo que va a resultar*”¹².

Los hospitales de finales del siglo IV y comienzos del V tenían una escasa dotación de personal sanitario y su actuación se limitaba a los pacientes pobres. A lo largo del siglo V se manifestaron ciertos signos evolutivos en la atención sanitaria y la apertura de los hospitales a un más amplio espectro de población. En el mundo islámico localizamos testimonios como el del médico y científico andalusí Abu-l-Qasim Jalaf ibn al-Abbas al-Zahrawi, conocido como Abulcasis (936-1013): “*Quien descuida la anatomía se equivocará y matará a sus pacientes...*”. En general, los médicos musulmanes siempre dieron especial importancia a la observación de las normas higiénicas en el tratamiento de las enfermedades¹³. La obra del judío cordobés Maimónides (Musa ben Maimum, 1135-1204) revela la prudencia como la actitud terapéutica que debe guiar la conducta del médico, lo que contrastaba con la actuación de otros médicos medievales. En sus textos encontramos afirmaciones como: “*Según la medida de la ignorancia de cada hombre así será su error*”¹⁴.

Durante la Edad Moderna se va transitando lentamente el camino que llevaría a la precisión diagnóstica, con lo que esto suponía para la seguridad clínica de los pacientes. Destacan la contribución de Sydenham (1624-1689) al diagnóstico diferencial, la aportación de la historia clínica moderna por Boerhaave (1668-1738) y la fundamentación de la anatomía patológica por Morgagni (1692-1771). A lo largo del siglo XVIII se abre paso la idea de que el Estado y la sociedad debían velar por la salud del individuo. Las soluciones a los problemas de salud alcanzaron una nueva fase de desarrollo durante la segunda mitad de este siglo como consecuencia de la creación del concepto de policía médica. El término fue utilizado por primera vez por el

¹⁰ Campohermoso Rodríguez OF, Soliz Soliz R, Campohermoso Rodríguez O, Zúñiga Cuno W. Hipócrates de Cos, Padre de la Medicina y de la Ética Médica. Cuad. - Hospital Clín. [Internet]. 2014 [citado el 14 de agosto de 2022]; 55(4): 59-68. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762014000100008&lng=es.

¹¹ Blázquez A. Aurelio Cornelio Celso y sus ocho libros de medicina. En: Celso AC. Los ocho libros de la medicina. Barcelona: Iberia, 1966.

¹² García L. Enfermo y enfermedad en la obra de Galeno. Medicina e Historia. 1985; 10:1-14.

¹³ Herrera Rodríguez F, Ignacio García E. Una revisión Histórica de la Seguridad Clínica. Monográficas Humanitas. 2005; 8: 9-26.

¹⁴ Cerdá LJ, Moisés Maimónides, “médico de príncipes, príncipe de los médicos”. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2009 Ago [Consultado 22 agosto 2022]; 26(4) : 370-3. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182009000500013>.

médico Wolfgang Thomas Rau (1668-1719) en un texto que sería publicado años después de su muerte, en 1764, iniciando un movimiento hacia la medicina social que culminaría con la obra de Johan Peter Frank¹⁵.

Ya en la era contemporánea, en 1793, el psiquiatra francés Pinel (1745-1822) obtuvo permiso de la Asamblea para retirar las cadenas a los enfermos mentales. En su obra “Observations sur l’hospice des insensés de Bicêtre” destacaba sobre todo la importancia de tratar humanamente a los enfermos mentales: “*Es mi convicción que estos enfermos mentales son intratables solo porque están privados de aire fresco y de su libertad*”¹⁶. En 1847, Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865) constató la correlación entre la falta de higiene de manos y la infección hospitalaria, en concreto en los elevados índices de fiebre puerperal. Instauró la obligatoriedad de la higiene de manos con solución clorada entre la atención de cada paciente consiguiendo una reducción drástica de la tasa de mortalidad materna, lo que representó la primera evidencia de que el lavado de las manos antes del contacto con los pacientes reducía los índices de infecciones asociadas a la atención sanitaria¹⁷. Paralelamente, Florence Nightingale (1820-1910), en sus “Notes on hospitals” de 1863, basadas en su experiencia con heridos en la guerra de Crimea, señalaba “*Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño*”. Demostró científicamente los riesgos existentes en la atención sanitaria, documentando las condiciones no seguras en los hospitales y la importancia de tratar a los pacientes en lugares limpios y con una infraestructura adecuada e hizo una de las primeras aportaciones de gestión de la atención sanitaria sobre la base de datos y registros estadísticos¹⁸. Años después, las investigaciones de Louis Pasteur (1822-1895) y Robert Koch (1843-1910) determinan la teoría del origen microbiano de las enfermedades infecciosas. Pasteur dio un impulso decisivo al desarrollo de las vacunas¹⁹. Los estudios del cirujano inglés del Glasgow Royal Infirmary, Joseph Lister, (1827-1912) sobre el “*pus apestoso*” de la materia infectada, demostraron que provocaba el 34% de mortandad en las amputaciones que se efectuaban en su hospital. En 1867, Lister publicó en la revista *Lancet* una serie de artículos anunciando el descubrimiento de la nueva técnica que él llamaba antisepsia. Es sabido que hicieron falta casi dos décadas antes de que la antisepsia y luego la asepsia fueran adoptadas por un número creciente de hospitales de todo el mundo; en Estados Unidos no se contó con un quirófano totalmente aséptico hasta la inauguración del hospital Johns Hopkins en 1889. Posteriormente, Edward Amory Codman (1869-1940) implantaría la notificación de los efectos adversos en las historias clínicas de los pacientes del Hospital General de Massachusset e instauró indicadores de calidad

¹⁵ Gerard J. Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII. Rev. geogr. Norte Gd. 2013; 54: 129-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022013000100008>.

¹⁶ Martínez Medina N. Philippe Pinel y las bases del diagnóstico psiquiátrico moderno [Internet]. [Consultado 24 julio 2022]. Disponible en: <http://www.rvve.es/noticias/20110520/philippe-pinel-las-bases-del-diagnostico-psiquiatrico-moderno/433802.shtml>.

¹⁷ Miranda CM, Navarrete TL, Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2008 Feb [Consultado o 2022 Jul 05]; 25(1): 54-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182008000100011>.

¹⁸ Lobo ML. Florence Nightingale. En: George JB. Teorías de enfermagem: os fundamentos à prática profissional 4nd ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p.33-44.

¹⁹ Fernández T y Tamaro E. Biografía de Louis Pasteur. En: Biografías y Vidas. La enciclopedia biográfica en línea [Internet]. Barcelona, España, 2004. [Consultado 22 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/p/pasteur.htm>.

para los hospitales²⁰. En 1961, el pediatra Widukind Lenz documentó su sospecha de que la toma de talidomida podía ser la causa del aumento de malformaciones en los niños recién nacidos²¹. En los años 60, diversos estudios pusieron de manifiesto que los pacientes resultaban con frecuencia dañados por los mismos cuidados médicos que en teoría habrían de ayudarles. El “Estudio Harvard” sobre la incidencia de sucesos adversos y negligencias realizado por Brennan y cols²² sobre una cohorte de 30.000 pacientes hospitalizados en 51 hospitales de agudos del estado de Nueva York a lo largo de un año sigue siendo, por su cuidada metodología, una referencia para el conocimiento del problema. El estudio evidenció una incidencia de efectos adversos del 3.7% que en el 70 % de los pacientes provocaron discapacidades leves, en el 3 % discapacidades permanentes y en el 14 % contribuyeron a su muerte.

Siguiendo la línea del tiempo, “To err is human” es el título del legendario informe que en 1999 publicó el Instituto de Medicina (IOM), de Estados Unidos; conmocionó el mundo de la sanidad y supuso un punto de inflexión en el enfoque de la seguridad clínica. Con la difusión de este informe se elevó rápidamente el grado de conciencia sobre la seguridad clínica poniendo la atención sobre cuestiones como los errores médicos y su influencia en la seguridad de los pacientes ya que consiguió captar la atención del público al revelar la magnitud de este problema y presentarlo de una forma absolutamente novedosa. En él se estimaba que los errores médicos causaban entre 44.000 y 89.000 muertes cada año en los Estados Unidos²³. Otros estudios realizados en Australia (Wilson 1992), Nueva Zelanda (Davis 1998), el Reino Unido (Vincent 1999), Dinamarca (Schioler 2002), Canadá (Baker 2002), España (Aranaz 2005) pusieron también de manifiesto la magnitud del problema²⁴. El estudio ENEAS, el más representativo llevado a cabo en España con la participación de 24 hospitales, estimó que entre el 7,5 y el 12,7% de los pacientes ingresados en un hospital sufrían un suceso adverso y que de ellos un 42,6% podían evitarse. El 37% de los EA identificados estaban relacionados con la medicación²⁵. Todos los estudios verifican la magnitud y la inevitabilidad del problema, pero también manifiestan una significativa diversificación de resultados como consecuencia de las diferencias en la metodología utilizada y entre los sistemas sanitarios.

En 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud aprobaba una resolución en la que solicitaba a los países el fortalecimiento de sus sistemas de seguridad y vigilancia. En dicha resolución la OMS se comprometía a encabezar la elaboración de normas y directrices mundiales y a apoyar las iniciativas nacionales de políticas y prácticas en pro de la seguridad del paciente. En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud ratificó la creación de una alianza

²⁰ Jantacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez J, Fajardo-Dolci G, Hernández-Torres F. Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes. Revi CONAMED [Internet]. abril-junio 2012 [Consultado 22 agosto 2022]; 17(2):77-80. Disponible en <file:///C:/Users/25378564L/Desktop/Dialnet-HistoriaDeLosSistemasDeNotificacionYRegistroDeInci-3972054.pdf>

²¹ Lenz W. Thalidomide and congenital abnormalities. *Lancet*. 1961; 4: 1358.

²² Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Locadio AR, Barnes AB, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324: 377-84.

²³ Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a safer Health System*. Washington DC: National Academy Press; 1999.

²⁴ Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Bar)*. 2004; 123(1):21-5

²⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005 [Internet]. 2006 [Consultado 9 julio 2022]. Disponible en: https://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ops_sp2.pdf.

internacional con carácter de iniciativa mundial para mejorar la seguridad del paciente y, en octubre del mismo año, se presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el principio “*ante todo, no dañar*” y la determinación de promover campañas anuales como “*Atención limpia, atención más segura*”, dirigida especialmente a la higiene de manos, “*La cirugía segura salva vidas*” o “*Medicación sin daño*” cuyo objetivo era reducir globalmente en 5 años un 50 % los eventos adversos graves debidos a la medicación²⁶.

La prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica tiene como referente el estudio IBEAS, en el que participaron 58 hospitales de 5 países con la colaboración de la OMS y la Organización Panamericana de Salud. La prevalencia de los EA osciló entre el 7,7% - 13,1% siendo el 60% evitables y los relacionados con la medicación el 37,1%²⁷.

En el marco de los países de la Unión Europea se aprobó en 2005 la Luxembourg Declaration on Patient Safety²⁸. La Comisión Europea, mediante el Working Patient Safety Group, estableció recomendaciones para el desarrollo de estrategias en seguridad. Entre otras muchas iniciativas se creó The European Network for Patient Safety (EUNetPaS), una red europea en seguridad de pacientes²⁹.

En España, la prevalencia de las infecciones nosocomiales (las sufre entre el 5 y el 10% de los pacientes que ingresan en centro hospitalario) se viene estudiando desde 1990 con el proyecto EPINE³⁰ en el que participan cada año más de 300 hospitales de la red nacional y se investigan en torno a 60.000 historias de pacientes; a partir de 2012 los datos del EPINE se vuelcan en el European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use (EPPS) que se realiza cada cinco años³¹. Por otro lado, al amparo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y en consonancia con las directrices de la OMS, se vienen desplegando, impulsando y promoviendo desde 2005, sucesivas Estrategias de Seguridad del SNS en colaboración con las Comunidades Autónomas. En este contexto se han desarrollado algunos de los proyectos de mayor calado sobre seguridad del paciente como los citados ENEAS en pacientes hospitalizados y el APEAS en atención primaria. En relación con estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en el SNS el estudio más representativo es el SENECA³². El propósito de todas las iniciativas instituidas es mejorar la cultura de seguridad y favorecer la implantación de prácticas seguras de efectividad

²⁶ World Health Organization. The World Alliance for Patient Safety [Internet]; October 2004 [Consultado 31 julio 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2019/04/bacteriemia-2008-04-14/1.Larizgoitia-The-WHO-world-alliance-for-PS.pdf>

²⁷ Estudio IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010 [Consultado 31 jul 2022] Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/proyectos/financiacion-estudios/e-epidemiologicos/2007/>

²⁸ European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety – Making it Happen!. Luxembourg declaration on patient safety, 5 April 2005 [Internet]. [Consultado 31 julio 2022]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_r001_en.pdf

²⁹ European Commission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01) [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [Consultado 31 julio 2022] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf

³⁰ Grupo de Trabajo EPINE y Vaqué J, editores. Evolución de la prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE 1990-2003: 14 años. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; 2004.

³¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2013.

³² Ministerio de Sanidad. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto SENECA. Informe Técnico 2008 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010 [Consultado 31 julio 2022]. Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

demostrada en diferentes ámbitos nacionales e internacionales. Los planes estratégicos implementados³³ se han dirigido a pacientes y profesionales de todos los niveles de la asistencia sanitaria, integrando sus aportaciones a través de las organizaciones que los representan³⁴. En otros ámbitos asistenciales destacan el EARCAS en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios³⁵, el SYREC en el ámbito del Enfermo Crítico³⁶ y el EVADUR en Urgencias³⁷.

Aunque los sistemas sanitarios difieren unos de otros, muchas de las circunstancias que favorecen los EA y las enseñanzas derivadas de las investigaciones son comunes a todos los países. A escala mundial se buscan fórmulas para hacer que los sistemas sanitarios sean más seguros. En este contexto, en mayo de 2019, los 194 Estados Miembros de la OMS reunidos en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud respaldaron el establecimiento del Día Mundial de la Seguridad del Paciente (Resolución WHA72.6), que se celebraría anualmente el 17 de septiembre con la finalidad de evidenciar las iniciativas mundiales relacionadas con la seguridad en el ámbito sanitario, fomentar la colaboración de la población en esta materia y promover acciones mundiales que contribuyan a mejorar la seguridad de los pacientes. En 2020, en plena pandemia, con la consigna: “*Compartiendo prácticas seguras en tiempos de COVID-19*” se enfatizó en la necesidad imperiosa de llevar a cabo prácticas seguras. La pandemia de COVID-19 ha supuesto una de las mayores dificultades y amenazas a las que se ha enfrentado la humanidad, ejerciendo una presión sin precedentes en los sistemas de salud de todo el mundo. Ha puesto de manifiesto las enormes dificultades a las que se enfrentan los trabajadores sanitarios, incluidas las infecciones asociadas a la atención sanitaria, violencia, estigmatización, trastornos psicológicos y emocionales, enfermedad y muerte. Además, trabajar en entornos estresantes hace que los trabajadores de la salud sean más propensos a cometer errores que pueden perjudicar al paciente; por ello el tema elegido fue la “Seguridad del personal sanitario: Una prioridad para la seguridad de los pacientes” y con el lema: “*Personal sanitario seguro, pacientes seguros*” se hacía un llamamiento en defensa de la seguridad del personal sanitario. Posteriormente, el 17 de septiembre de 2021, el tema elegido fue “Cuidados seguros para la madre y el recién nacido”, la campaña se centró en “*Actuar ahora por un parto seguro y respetuoso*”. Este año, como se ha mencionado anteriormente la OMS ha elegido como lema la “*Seguridad de la medicación*”³⁸.

Las recomendaciones sobre el uso seguro de los medicamentos responden al reto lanzado ya en marzo de 2017 con el objetivo de reducir los daños graves evitables relacionados con la

³³ Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016. [Consultado 31 julio 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/es/informacion/publicaciones/2015/estrategia-seguridad-del-paciente-2015-2020/>

³⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Seguridad del Paciente. Presentación [Internet]. [Consultado 28 Julio 2022]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>

³⁵ Estudio EARCAS. Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios. Informe Octubre 2011 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. [Consultado 25 Julio 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/earcas.pdf>

³⁶ SYREC. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico 2007. Informe Mayo 2009 [Internet]. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Informes, Estudios e Investigación 2010. [Consultado 17 Julio 2022]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/proyectos/financiacion-estudios/epidemiologicos/2008/>

³⁷ Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo J y Grupo de Trabajo EVADURSEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias [Internet]. 2010 [Consultado 17 julio 2022]; 22(6):415-28. Disponible en: http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/buscar/titulo/EVADUR%3A+eventos+adversos+ligados+a+la+asistencia+en+los+servicios+de+urgencias+de+hospitales+espa%C3%B1oles/

³⁸ World Health Organization. Patient Safety [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [Consultado 17 julio 2022] Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/campaigns-and-initiatives/patient-safety/announcing-world-patient-safety-day-2022-es.pdf?sfvrsn=c5e32a09_34

medicación en un 50% a nivel mundial, en un horizonte temporal de 5 años. La OMS sostiene que, para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, participación efectiva de los pacientes en su atención y profesionales sanitarios cualificados y motivados.

De todos los profesionales implicados en la atención sanitaria, los de Enfermería resultan clave para proteger la seguridad de los pacientes dado que su misión es cuidar y el cuidado lleva implícito proteger la seguridad de las personas.

Tal y como reseña el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), la seguridad del paciente pasa por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. También recuerda que la misión de la enfermera es: “*Proteger la salud de las personas y garantizar la seguridad de los pacientes desde una práctica enfermera ética, autónoma y competente*”. En el Código Deontológico del CIE queda reflejado el compromiso ético con la seguridad: 1.9. “*Las enfermeras facilitan una cultura de la seguridad en los entornos sanitarios, reconociendo y abordando las amenazas para las personas y para una prestación de cuidados segura en las consultas, servicios y centros sanitarios*”. 1.11. “*Las enfermeras se cercioran de que el uso de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas*”³⁹.

La responsabilidad de los profesionales de la Enfermería con la seguridad del paciente se manifiesta en todas las etapas del proceso de cuidados. Siguiendo el Modelo de Virginia Henderson, la enfermera valora la necesidad de seguridad: “*Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas*”. Igualmente, la valoración por Dominios contiene la seguridad en su dominio 11. Siguiendo las etapas del proceso, la Taxonomía NANDA II, el Dominio Seguridad/Protección⁴⁰, incluye 61 diagnósticos relacionados con la seguridad: *Riesgo de infección, Riesgo de caída en el adulto, Deterioro de la integridad cutánea*, etc. La Nursing Outcomes Classification (NOC)⁴¹, en sus diferentes dominios cuenta con varios resultados de seguridad: *Protección frente al abuso, Entorno seguro de la asistencia sanitaria, Control del riesgo: caídas*, etc. La Nursing Interventions Classification (NIC)⁴², en el Campo Seguridad agrupadas en dos clases, contiene 61 intervenciones de seguridad, entre las cuales están, por ejemplo: *Prevención de caídas, Prevención de úlceras por presión, Identificación del paciente, Administración de medicación*, etc.

³⁹ Código de Ética del CIE para las Enfermeras. Consejo Internacional de Enfermeras [Internet]. Ginebra: 2021 [consultado 13 julio 2022]. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf

⁴⁰ Clasificación de NANDA-I 2021-2023[Internet]; 2021 [Consultado 17 julio 2022]. Disponible en:<http://www.eldiagnosticoenfermero.es/2021/02/clasificacion-de-nanda-i-2021-2023.html>

⁴¹ Moorhead S, Swanson E, Johnson M & Maas M, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

⁴² Butcher HK, Bulechek MG, Dochterman JM & Wagner CM, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.

Es incuestionable la contribución enfermera a la “*medicación sin daño*”. Enfermeras y enfermeros participan en la práctica totalidad de los actos clínicos y, si nos ceñimos al ámbito hospitalario, están presentes las veinticuatro horas del día todos los días del año. Sus cuidados constituyen una de las actividades imprescindibles en cualquier institución sanitaria ya que son la base fundamental para que el tratamiento se cumpla. Son los responsables de administrar los fármacos cumpliendo las normas de calidad para el uso seguro de los medicamentos como es la aplicación de los 5 principios: “*paciente, fármaco, pauta, dosis, vía*”. También son responsables de que la preparación, administración y registro del fármaco sea realizada por el mismo profesional, de conocer las posibles reacciones adversas, de comprobar incompatibilidades, omisión de dosis, duración del tratamiento, almacenamiento, monitorización, caducidad, control de la velocidad de administración y de educar al paciente y familia si procede.

Para que las enfermeras y enfermeros administren los tratamientos con los máximas niveles de calidad y seguridad es preciso que mantengan sus competencias actualizadas y que las condiciones laborales sean las idóneas⁴³. Existe un sistema acreditador, reconocido internacionalmente, que concede la distinción de Excelencia a los servicios hospitalarios de Enfermería: el “Magnet Nursing Services Recognition”, un modelo que otorga a los profesionales de la Enfermería autoridad y autonomía para desarrollar sus competencias. Los centros acreditados con este método cuentan con estándares de calidad muy elevados por lo que en ellos se producen muy pocos eventos adversos y la satisfacción de pacientes y profesionales es muy alta^{44,45}. El “Magnet Nursing Services Recognition” es un modelo que satisface las aspiraciones de la OMS sobre la seguridad del paciente en el ámbito asistencial.

Este año, en el día mundial de la seguridad del paciente, la OMS hace un llamamiento a todas las partes interesadas para que den prioridad especialmente a las tres causas principales de daños evitables derivados de la medicación: las situaciones de alto riesgo, las transiciones asistenciales y la polifarmacoterapia⁴⁶. Dado que los profesionales de la Enfermería constituyen la línea de defensa decisiva para la “medicación sin daño”, su compromiso e implicación son imprescindibles para conseguir estos desafíos.

Isabel Miguel Montoya

Académica de Número de la Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana

⁴³ Klinger J, Blegen MA, Gootee D, O’Neil E. Empowering Frontline Nurses: A Structured Intervention Enables Nurses to Improve Medication Administration Accuracy. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2009; (35)12.

⁴⁴ Aiken LH. Hospitales con Magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes. (Magnet Hospitals: An Organizational Model for Enhancing Patient Outcomes) *Enfermería Clínica* [Internet]. 1996 [Consultado 17 julio 2022]; 5(6):259-62. Disponible en: www.nursescredentialing.org

⁴⁵ Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ.* 2012;344:e1717.

⁴⁶ World Health Organization. [Internet]. [Consultado 22 julio 2022]. Geneva: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>