

¿Están seguros nuestros pacientes?

José Luis Fortes Álvarez^a

^a Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Consultorio de Saceruela (EAP Abenójar). Coordinador de Calidad de la Gerencia de A.P. de Ciudad Real.

Correspondencia:
José Luis Fortes Álvarez.
C/ Grecia nº 27,
13005-Ciudad Real.
Tfno: 926/232991, e-mail:
jlfortes@sescam.jccm.es

Recibido el 3 de septiembre de 2007.

Aceptado para su publicación el 23 de septiembre de 2007.

RESUMEN

En el plan de calidad del SESCAM, al referirse a la definición de calidad asistencial, se hace una referencia clara a la seguridad de los pacientes. La calidad asistencial es la provisión de servicios sanitarios adecuados al conocimiento, accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario. No podría ser de otra manera, pues siempre se ha contemplado la seguridad como una dimensión de la calidad.

Palabras clave. Seguridad del paciente.

ABSTRACT

Are our patients safe?

In the quality plan of SESCAM, in the section relating to the definition of healthcare quality, there is a clear reference to patients' safety. Healthcare quality implies providing healthcare services suited to the know-how, which are accessible and fair, with an optimum professional level and a minimum risk for patients, taking into account available resources and achieving cohesion and user satisfaction. This could not be otherwise, since safety has always been regarded as just one more dimension of quality.

Key words. Patient Safety.

¿ESTÁN SEGUROS NUESTROS PACIENTES?

Cada vez es más frecuente que nos hagamos esta pregunta. Creo que a estas alturas no hay nadie que no crea en la variabilidad clínica de los médicos y en cómo esta diversidad de criterios, enfoques y abordajes terapéuticos pueden hacer que acontezcan efectos indeseables o adversos en nuestros pacientes.

Hay una frase o comentario que se escucha mucho en esta sociedad de consumo y es: "este establecimiento me ofrece seguridad", "tal compañía me da seguridad", "este coche es muy seguro"... y de los médicos, cuántas veces se escucha en las conversaciones de familiares o amigos lo de "el Dr Fulano me ofrece confianza o seguridad, ahora al Dr. Mengano no quiero ni verlo, cuándo le toca visitarme no tomo nada de lo que me manda, por que es un peligro". Es cierto que en otros sectores sociales se han realizado grandes esfuerzos para mejorar la seguridad con la que prestan sus servicios a los ciudadanos, aspecto que no ha servido de ejemplo en materia de sanidad, por lo que deberíamos ponernos las pilas para conseguir una prestación asistencial cada vez más segura, dimensión de gran relevancia dentro de la calidad.

La seguridad clínica comenzó a interesar, al menos inicialmente, al entorno hospitalario, pues al manejar más tecnología, más pruebas diagnósticas, más movilidad de los pacientes, entre otras cosas, se cometían errores de identificación de enfermos, etc., disminuyendo la confianza y fiabilidad de los servicios sanitarios por parte de la Sociedad. Así, hay casuísticas que nos dicen que entre el 4 y el 17% de los ingresos

hospitalarios sufrirán lesiones secundarias al tratamiento recibido. De todos estos, el 28% son causados por negligencia del cirujano o del equipo asistencial que atiende al paciente. Por suerte o por desgracia, sólo el 2% de los casos de negligencia originarán una demanda, por lo que muchos de estos errores quedan dentro del anecdotario profesional, sin trascender a la opinión pública.

Con este panorama, nada halagüeño por cierto, nos podemos plantear los profesionales sanitarios y no sanitarios qué cosas podemos hacer para que los niveles de seguridad se incrementen y con ello disminuyan los errores médicos y los accidentes.

En primer lugar, podíamos pararnos a pensar si nuestra formación es la adecuada, si nuestros compañeros tienen la misma accesibilidad que yo a la formación y, dando un paso más, si todos tenemos el mismo compromiso con la formación. ¿Por qué no existe una formación reglada y obligatoria por parte de nuestra empresa?, ¿cuándo van a ser obligatorios los cursos de actualización? ¿la carrera profesional, tal y como está planteada solventa esta situación?, sinceramente creo que no.

Sin duda, todos conocemos profesionales que llevan 20 años sin realizar un curso de formación, situación bastante indeseable que solamente ocurre en sanidad, donde la tecnología y los avances médicos exigen cada vez más destreza y habilidades. Se debería tener muy en cuenta a la hora de repartir los incentivos en un equipo, quién se recicla, quién imparte sesiones, quién publica, quién asiste a Congresos aportando alguna comunicación, etc., pero ya; esto no se puede sostener más y no caben más excusas. Generalmente la formación e investigación en los equipos salen muy mal paradas en lo que respecta a incentivos.

Otro de los lastres que arrastramos en el ámbito de la sanidad son los contratos precarios, con una temporalidad muy elevada, conllevando esto falta de motivación y estímulo para el aprendizaje. En ocasiones cuando se empieza a conocer un servicio te restringen el contrato y a la borda lo aprendido, si no que se lo pregunten a las enfermeras sustitutas del Hospital. La incorporación de enfermería a los servicios hospitalarios, muchos de ellos de gran complejidad técnica y organizativa, precisa de un reciclaje previo que en la mayoría de las ocasiones brilla por su ausencia. Es en estos periodos de adaptación donde se produce la mayoría de los efectos adversos por parte de esta enfermería poco entrenada.

En el plan de calidad del SESCAM, al referirse a la definición de calidad asistencial, se hace una referencia clara a la seguridad de los pacientes. La calidad asistencial es la provisión de servicios sanitarios adecuados al conocimiento, accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, y con el mínimo riesgo para los pacientes, teniendo en cuenta los recursos

disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario. No podría ser de otra manera, pues siempre se ha contemplado la seguridad como una dimensión de la calidad.

Para redundar más en el concepto de seguridad clínica se podría definir como la capacidad de reducir riesgos propios de la atención sanitaria y del entorno para los pacientes, familiares y profesionales. Partimos de unas premisas que son el punto de partida del error clínico y debemos tener muy en cuenta cuando acontece cualquier acontecimiento adverso, por supuesto no deseado:

**“ERRAR ES HUMANO”
“OCULTARLO ES IMPERDONABLE”
“NO APRENDER DEL ERROR ES INEXCUSABLE”**

En el mundo anglosajón esta cultura de búsqueda de causas, en cuanto a errores médicos, está muy extendida, de hecho hay comisiones clínicas en la mayoría de los hospitales que se encargan de analizar los efectos adversos de los pacientes ingresados. En EEUU fallecen 98.000 personas al año en los hospitales a causa de errores médicos, según el Institute of Medicine of USA.

En nuestro país tendemos a ocultarlo; desde siempre se ha hablado del corporativismo médico y siempre se nos acusó de apoyarnos los médicos a la hora de valorar los daños ocasionados a un paciente por un error nuestro, acusación que, aunque no sea del todo cierta, con la actitud de borrar y pasar página se aproxima bastante a la opinión que tiene el usuario de nosotros.

Tal y como dicen las premisas arriba mencionadas, si lo ocultamos, mal vamos a poder aprender. No debemos buscar culpables, si no estaríamos hablando de otra víctima más, debemos centrarnos en las causas de este error y aprender de ello, pues ésta es la manera de no repetirlo.

Al hablar de la seguridad clínica, la OMS también la contempla y afirma que la combinación compleja de tecnologías e intervenciones humanas, que constituye el sistema moderno de prestación de atención a la salud, puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran efectos adversos. Pues bien, intentemos entre todos el hacerlo evitable, o acercarnos más a esta posibilidad.

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente editó un guía de siete pasos que son:

1. Construir una cultura de calidad.
2. Liderazgo del equipo de personas.
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos.
4. Promover que se informe a los pacientes y familiares.

5. Involucrar y comunicarse con pacientes y público.
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad.
7. Implementar soluciones para prevenir daños.

La JCAHO hace también una serie de consideraciones a la hora de abordar la seguridad de los pacientes, y así entre los objetivos del National Patient Safety están:

1. Mejorar la efectividad de la Comunicación.
2. Mejorar la identificación de pacientes.
3. Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
4. Eliminar errores quirúrgicos.
5. Mejorar la seguridad de bombas de infusión.
6. Mejorar la efectividad de los sistemas de alarma.
7. Reducir el riesgo de infección nosocomial.

A su vez, los servicios de urgencias son un caldo de cultivo para que se den las circunstancias de errar en la asistencia, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria, y esto es por varios motivos:

1. En el caso del hospital la puerta de urgencias es el lugar con más alta tasa de frecuentación del hospital.
2. El 90% de los pacientes no son ingresados.
3. Hay un desconocimiento de los antecedentes clínicos de los pacientes, en la mayoría de los casos vienen con las bolsas de las medicinas o, en el mejor de los casos, de informes anteriores del hospital.
4. El paciente acude a urgencias por su propia iniciativa en la mayoría de los casos.
5. Los "triajes" los realiza la enfermería en un porcentaje importante sin tener la formación adecuada.
6. En los servicios de urgencias hay muchos profesionales realizando el periodo de formación (MIR, estudiantes de enfermería, médicos y enfermeros haciendo rotatorios).
7. En el caso de enfermería, a la hora de realizar las sustituciones se tira de la bolsa de trabajo sin tener en cuenta la experiencia del sustituto en urgencias.
8. En el caso de Atención Primaria la urgencia se realiza rotando la plantilla los días de diario y el personal de apoyo los festivos y fines de semana, que en general tienen un conocimiento muy amplio de la Zona y de los usuarios que atienden, pero quizás fallan los criterios de actuación en determinadas circunstancias, que no están muy unificados.
9. En el servicio de urgencias del Hospital una identificación inadecuada de los pacientes puede ser una de las causas más importantes de errores en la asistencia.

En conclusión, la urgencia tanto primaria como especializada es uno de los ámbitos donde existe mayor riesgo para la seguridad del paciente.

En nuestras consultas diarias los médicos de familia, presionados e impresionados por la falta de tiempo que tenemos, caemos en el fallo de no explicar tratamientos, y hasta la posología en ocasiones se nos olvida, con la suposición e imaginación del usuario, pues terminan leyendo el prospecto y entendiendo a su manera el arte de proceder.

Cada vez más, vemos reacciones adversas o errores de medicación con el cambio de envase de genéricos. Hace dos días acudió a mi consulta una paciente de 72 años que estaba tomando fluoxetina por la noche para bajar el colesterol y simvastatina por la mañana para la depresión. Esto creo que debería hacernos reflexionar muy seriamente, más cuándo todavía tenemos pacientes en nuestro cupo que distinguen las medicinas por el color del envase y la forma de las pastillas.

Lo más espectacular, y subrayo lo de espectacular en el amplio sentido de la palabra, que viví en una guardia de mi Centro de Salud fue la consulta de un paciente que confundió el colirio prescrito por su médico de familia con el pegamento instantáneo de cianocrilato que tenía en la mesilla de noche. Nos comentó que, por no despertar a su mujer, no encendió la luz y por el tacto creía que estaba alcanzando el colirio, cuando lo que en realidad estaba abriendo y aplicándose en el ojo era el pegamento. Resulta difícil comprender cómo puede confundirse uno, ante envases tan distintos, pero ocurrió. Profundizando más en la anamnesis, nos refirió que era la primera vez que se aplicaba un colirio en los ojos, y se fió más del tamaño del envase que de la forma. Hay situaciones clínicas que son difíciles de asimilar y creer, por muchos años que tengas de profesión, y esta es una de ellas.

Volviendo a las Instituciones, el Sistema Nacional de Salud también se implica con la seguridad del paciente y así la estrategia nº 8 del Plan de Calidad dice que se debe mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios del SNS. Sanidad recibió 8.000 notificaciones de reacciones adversas graves de medicamentos en el año 2004. Sirva de referencia que en un año como el 2002 se dispensó, solamente en Atención Primaria, un total de 661 millones de recetas con cargo al SNS. En ese año ejercían en España 179.035 médicos y 204.485 DUES, se registraron 5 millones de ingresos, 45 millones de estancias, 4 millones de intervenciones quirúrgicas, 400.000 partos, 65 millones de consultas y 25 millones de urgencias atendidas. Con esta situación es razonable pensar que no siempre las cosas se han hecho con la seguridad que se esperaba. Siendo consciente de todo esto, el Ministerio de Sanidad y Consumo en su nuevo Plan de Calidad, editado el pasado mes de abril, contempla como estrategia principal mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS.

Para llegar a esta meta se marca como objetivo promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Por lo tanto, partiendo de la premisa de que la percepción de los profesionales es el paso previo a la instauración de acciones que permitan modificar sus prácticas, se establecen las siguientes prioridades:

1. Difundir los resultados del ENEAS II (segunda parte

del Estudio Nacional de Efectos Adversos).

2. Publicar y difundir el estudio sobre la percepción de los profesionales del Sistema Nacional de Salud hacia la seguridad de pacientes realizado en 2006.
3. Realizar un estudio de carácter cualitativo sobre percepción de los pacientes en las actividades de seguridad del paciente.
4. Difundir las conclusiones mediante la edición de un CD con los contenidos e informes consecuentes a la Conferencia Internacional sobre Seguridad de Pacientes en el Sistema Nacional de Salud celebrada en noviembre de 2006.
5. Difundir la declaración conjunta con la OMS para impulsar la Alianza Mundial sobre la Seguridad de los Pacientes.
6. Realizar una campaña de comunicación sobre seguridad de pacientes.

Recientemente se está efectuando el estudio ENEAS II en Atención Primaria, por lo que se pidió la colaboración de los equipos de Atención Primaria de España. El diseño de este estudio es de tipo transversal con componentes analíticos, para lo que se distribuyó un cuestionario elaborado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington dentro de su proyecto sobre la seguridad del paciente. Los profesionales que participan cumplimentarán el formulario cada vez que

identifiquen un efecto adverso, introduciendo la información en la aplicación informática que se les facilita, asegurando la confidencialidad mediante un sistema de registro ciego para la dirección del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Franco A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colomb Med* 2005; 36:130-3.
- ² Alonso P, Otero MI, Maderuelo JA. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: Incidencias, características y costes. *Farmacia Hospitalaria* 2002; 26:77-89.
- ³ Martin MT, Codina C, tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin* 2002; 118:205-10.
- ⁴ Brennan TA, Leape L, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG et al. Incidente of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324(6):370-6.
- ⁵ Nursing & Midwifery council. Guidelines for the administration of medicines. 2004. Disponible: <http://www.nmc-uk.org/nmc/main/publications/admin>.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe de la 55ª Asamblea Mundial. Ginebra. OMS. Marzo 2002.
- ⁷ Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: Building safer health system*. Washington: National Academy Press; 1999.