

Seguridad del paciente

Patient safety

García-Alegría, Javier

Javier García Alegría. Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella (Málaga)

Durante la celebración del Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna en San Juan de Aznalfarache (Sevilla) los días 6 y 7 de Junio de 2019 se celebró una Mesa dedicada a Seguridad del Paciente. No tenemos una definición unánime de Seguridad del paciente, pero el concepto más fácil de recordar la prevención del daño a los pacientes, que incorpora el principio hipocrático “*Primum non nocere*” o ante todo no dañar. La Organización Mundial de la Salud la describe como la ausencia de un riesgo prevenible durante el proceso de cuidados al paciente y la reducción de los riesgos innecesarios hasta un mínimo aceptable.

Todas las organizaciones sanitarias tienen que generar estrategias para prevenir los errores, aprender de los mismos y generar una cultura de seguridad que involucre a los profesionales y a los pacientes. En este artículo se presenta un resumen de las ponencias presentadas en esta mesa que están disponibles en la página Web de SADEMI con acceso libre (tabla 1).

Las respuestas de 22.000 profesionales a la Seguridad del Paciente

Durante los últimos años el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha desarrollado una Estrategia de Seguridad del Paciente. Entre las diversas acciones se han venido realizando encuestas a profesionales para conocer sus opiniones respecto a su formación, y la situación de las unidades y de los centros. El motivo de esta ponencia fue presentar los resultados resumidos de la encuesta finalizada en Diciembre de 2017, realizada con una herramienta “*on line*” a la que contestaron 22.087 profesionales (enfermería: 54%, medicina: 42%, otros: 4%), que está disponible de manera completa para su consulta¹. Para ello se ha usado las recomendaciones de *Survey on Patient Safety Culture (HSPSC)* y *Medical Office Survey on Patient Safety (MOSPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* con el objetivo de identificar las fortalezas y debilidades en cuanto a las actitudes, percepciones y comportamientos de los profesionales y al compromiso de las organizaciones para minimizar riesgos.

Atención a las segundas víctimas: quién responde por los profesionales

El error es inherente a los comportamientos humanos; en las organizaciones sanitarias las consecuencias pueden causar un daño grave e irreparable, con una o varias víctimas. Se conside-

Las respuestas de 22.000 profesionales a la Seguridad del Paciente
Pastora Pérez Pérez
Responsable de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Dra.-Pérez-Pérez.pdf>

Atención a las segundas víctimas: quién responde por los profesionales

José Joaquín Mira Solves
Programa de intervención en segundas y terceras víctimas
Catedrático de Psicología Social
Universidad de Elche
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Dr.-Mira-Solves-.pdf>

La notificación de eventos adversos desde la perspectiva legal en España: Situación actual y retos de futuro

Asier Urruela Mora
Profesor titular de Derecho Penal de la Universidad de Zaragoza
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Sr.-Urruela-Mora.pdf>

La seguridad de la información sanitaria por la seguridad del paciente

Francisco Sánchez Laguna
Servicio de Coordinación de Sistemas de Información
Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud
Servicio Andaluz de Salud
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Sr.-Sánchez-Laguna.pdf>

Recomendaciones de “No hacer”

Javier García Alegría
Jefe de Servicio de Medicina Interna
Director del Área Médica del Adulto
Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga)
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Dr.-Garc%C3%ADa-Alegr%C3%ADa.pdf>

Centros comprometidos con la excelencia en cuidados

Jesús Bujalance Hoyos
Coordinador del despliegue de seguridad del paciente y cuidados basados en la evidencia
Hospital Regional Universitario de Málaga
<https://sademi.com/wp-content/uploads/2019/06/Dr.Bujalance-Hoyos-op.pdf>

Tabla 1. Ponencias a la Mesa “Seguridad del paciente” (SADEMI 2019)

ra segunda víctima a aquel profesional sanitario que se ve involucrado en un evento adverso no previsto, un error médico y/o un daño sufrido por el paciente, y se convierten en víctimas al quedar traumatizado por el evento, y verse desbordado a la hora de afrontar emocionalmente este incidente^{2,3}. Alrededor del 40% de los médicos y enfermeras reconocen haber cometido un error grave en los 5 últimos años. Las consecuencias psicológicas individuales y el impacto sobre el colectivo es muy elevado, y hasta fechas recientes no se ha reconocido como un problema, ni se habían planteado estrategias para su manejo. Hay un decálogo con recomendaciones acerca de cómo afrontar la atención a las segundas víctimas⁴.

La notificación de eventos adversos desde la perspectiva legal en España

Aprender de los errores y analizar las circunstancias del sistema que lo han propiciado es una cualidad de las organizaciones maduras, orientadas a la seguridad clínica y a la calidad asistencial. Desde hace años muchos países y centros sanitarios han implantado sistemas de comunicación de eventos adversos a fin de mejorar, poner barreras de seguridad que anticipen la posibilidad del error y minimizar las posibilidades de que alcancen al paciente. Los sistemas que han mostrado mayor éxito se han caracterizado por: 1) confianza en el sistema por parte de los proveedores de información, 2) tener un liderazgo efectivo, 3) integrarse dentro de una cultura de la seguridad en los centros sanitarios, y 4) por la existencia de un marco legal adecuado. Por el momento España carece de una normativa legal específica, que debería ser promovida por las autoridades sanitarias en colaboración con los legisladores, al igual que se ha hecho en otros países. Este es un requisito necesario si queremos que se incorpore a los procedimientos estandarizados de los centros sanitarios, pues la mayor reserva para participar en ellos es el temor punitivo.

La seguridad de la información sanitaria para la seguridad del paciente

La información clínica personal y sanitaria es altamente sensible, y la garantía acerca de su uso está regulada por normativas nacionales y europeas muy estrictas. Las tecnologías de información sanitarias (TIC) incluyen el hardware y el software utilizado para crear electrónicamente, mantener, analizar, almacenar o recibir información para ayudar en el diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento o prevención de la enfermedad. El Instituto ECRI es una organización sin ánimo de lucro que emite informes y recomendaciones acerca de las prácticas médicas para mejorar la seguridad y la atención coste-efectiva. En los últimos años han comunicado errores en la integridad de la información de las historias clínicas y otras TIS, gestión negligente de dispositivos y sistemas conectados, protección insuficiente, mal uso de puertos USB en dispositivos médicos, uso inadecuado de herramientas de imagen digital (radiación innecesaria) y errores de comunicación entre dispositivos médicos.

A nivel estatal y autonómico hay estrategias para adecuar las TICs a los requerimientos tecnológicos y legales en un entorno de cambio continuo.

Recomendaciones de “No hacer”

En los últimos años ha habido una corriente crítica de la práctica médica actual que trata de reducir la sobreutilización de pruebas diagnósticas o los tratamientos que no han mostrado un beneficio contrastado para el paciente⁵. En 2012 del American Board of Internal Medicine, publicó la iniciativa Choosing Wisely en la que diversas Sociedades Científicas presentaban recomendaciones de no hacer a profesionales, pacientes y organizaciones sanitarias. Esta proyecto se alineaba con otras iniciativas “Less is more”, “Do not do”, o “cuidados conscientes de los costes” que tienen unos objetivos simila-

res. En nuestro país este proyecto denominado “Compromiso por la calidad de las Sociedades Científicas en España” ha sido coordinado por la Sociedad Española de Medicina Interna, el Ministerio de Sanidad y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, con la participación de más de 50 sociedades científicas nacionales. Los objetivos de este proyecto son disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias, que son las que no han demostrado eficacia, tienen escasa o dudosa efectividad, o no son coste-efectivas, disminuir la variabilidad en la práctica clínica, difundir entre médicos y pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios y, por último, promover la seguridad clínica. En esta ponencia se revisan los fundamentos y el método seguido para la selección de recomendaciones de “No hacer” en España^{6,7}.

Centros comprometidos con la excelencia en cuidados

El Programa de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados surge en España del acuerdo entre tres instituciones comprometidas con la Práctica Basada en la Evidencia: la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-ISC Carlos III), el Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE) y la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). Su objetivo es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados. En esta ponencia se ponen ejemplos de implantación de Guías de Cuidados basadas en la evidencia en un hospital universitario en relación a la prevención de caídas y cuidados de accesos venosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Campoy E, Sánchez Cantalejo C, Pérez Pérez P, Barrera Becerra C. Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: Informe de Resultados 2018. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Informe_Resultados_Clima_Seguridad_2018_ESSPA.pdf
2. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000;320:726-7.
3. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(5):325-30. <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhcc/18/5/325.full.pdf>
4. Mira Solves JJ, Romeo Casabona CM, Urruela Mora A, et al. La seguridad jurídica de los profesionales sanitarios un requisito para lograr una mayor calidad asistencial. *Derecho y salud*, 2017 27 (2): 94-110. <https://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/la-seguridad-juridica-de-los-profesionales-sanitarios-un-requisito-para-lograr-una-mayor-calidad-asistencial>
5. Brownlee S, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017; 390:156-168.
6. García-Alegría J, Vázquez-Fernández Del Pozo S, Salcedo-Fernández F, et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. *Rev Clin Esp*. 2017; 217(4):212-221.
7. García-Alegría J. El reto de No hacer. *Rev Clin Esp*. 2017; 217(4): 208-209.
8. Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/proyecto-implantacion>
9. Guías de Buenas Práctica <http://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/guias>

Las respuestas de 22.000 profesionales a la Seguridad del Paciente
La cultura de seguridad de una organización se entiende como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad.
El desarrollo y fomento de la cultura sobre seguridad del paciente en las organizaciones es un aspecto esencial para minimizar errores y eventos adversos, siendo su medición imprescindible para diseñar actividades de mejora.
La seguridad del paciente debe ser un compromiso real, constante y prioritario por parte de todos (directivos y profesionales) en cualquier ámbito y nivel de gestión.
Atención a las segundas víctimas: quién responde por los profesionales
Hay que considerar que cuando ocurre un evento adverso el profesional duda de su capacidad de juicio clínico, cambia sus comportamientos e influye en la cultura de la organización.
Se debe minimizar el impacto negativo emocional que sufren las segundas víctimas ofreciéndoles el apoyo necesario.
Hay que evitar los costes de no calidad ya que el esfuerzo individual y social de formar y especializar a un profesional sanitario se daña cuando el profesional duda de su capacidad para continuar con su profesión y cumplir con los estándares exigibles.
La notificación de eventos adversos desde la perspectiva legal en España.
Es altamente recomendable disponer de un sistema de reporte de eventos (o cuasi eventos) adversos en todos los centros sanitarios a fin de aprender y mejorar.
Los sistemas de registro de eventos adversos deben caracterizar por la voluntariedad, no ser punitivos, por la confidencialidad, por la comunicación anónima, por tener una orientación sistémica, y por disponer de un procedimiento para el aprendizaje y para implementar mejoras a nivel local.
Muchos países han desarrollado normas legales que tratan de regular este procedimiento y de proteger a los profesionales, pues el temor punitivo es el mayor causante de la falta de aceptación y participación en estos sistemas.
La seguridad de la información sanitaria para la seguridad del paciente
Las instituciones sanitarias deben disponer de Guías de infraestructuras: (planes de contingencias y configuración del sistema e Interfaces) y Guías de procesos clínicos: (identificación de pacientes, petición electrónica y soporte a la decisión clínica, seguimiento de pruebas y resultados y comunicación clínica).
La estrategia SAFER resume los mensajes clave: Ser conscientes y críticos, Afecta a todos, Foco en el paciente y su seguridad, Equipo multidisciplinar, y Rueda (proceso de mejora continua).
El proyecto de innovación "Evaluación de las TIS para la mejora de la seguridad del paciente", se incardina en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario de Andalucía.
Recomendaciones de "No hacer"
La reducción de prácticas inapropiadas requiere un cambio cultural necesario en nuestra forma de trabajar. Por otra parte se necesita tiempo, esfuerzo, organización y evaluación continuada.
La autoreflexión crítica acerca de la propia práctica, los cambios en el entrenamiento de los médicos, tanto en la docencia pre y postgraduada, la formación médica continuada, las herramientas de ayuda de decisiones en la historia clínica informatizada, y la evaluación de determinados indicadores pueden ayudar a cambiar esta situación.
Hay que desarrollar estrategias locales para seleccionar algunas recomendaciones de "No hacer", modificar conductas y evaluar su impacto en los servicios clínicos y en los hospitales
Centros comprometidos con la excelencia en cuidados
La iniciativa Centros comprometidos en Cuidados de Salud Basados en la evidencia, implica la revisión crítica de los procesos y procedimientos de cuidados, la implantación de medidas de mejora y la evaluación posterior.
Esta iniciativa trata de transformar la Enfermería a través del Conocimiento.
Los Cuidados Basados en la evidencia mejoran los resultados de salud y la seguridad de los pacientes

Tabla 2. Mensajes clave de la Mesa Seguridad del Paciente