



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Elementos básicos de una cultura de seguridad clínica

Basic elements of a culture of clinical safety

Sra. Directora:

Poder hablar de los propios errores sin complejos no es frecuente. Cualquier colectivo profesional se siente «amenazado» cuando aborda este tema. En el caso de los profesionales sanitarios, en los últimos años, se viene comentando en diversos foros profesionales, o de pacientes, la frecuencia, causas y consecuencias de los eventos adversos (EA), entendiéndose que ni todos los errores son EA, ni todos los EA errores.

La actitud de los profesionales hacia los EA es clave para poder reducirlos¹. De los estudios sobre percepción de seguridad clínica destacan² los enfoques de la AHRQ (Hospital Survey on Patient Safety Culture, adaptada al español³ por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Universidad de Murcia) y del Instituto de Seguridad Clínica de la Administración de Veteranos de Palo Alto y la Universidad de Stanford (Patient Safety

Climate in Health care Organizations). Así sabemos, por ejemplo, que existen motivos para preocuparse por la cultura de seguridad⁴ y que las estrategias sancionadoras no ayudan a evitar los EA⁵. Que ante un EA la mayoría de los profesionales muestra una actitud defensiva⁶ y, aún cuando se reconozca un EA, la tendencia es atribuirlos a fallos del sistema, a unas plantillas reducidas o a la necesidad de revisar protocolos⁵. La mayoría prefieren evitar tener que hablar directamente con el paciente que sufrió un EA⁷, reclamando una mayor preparación para afrontar estas situaciones⁸. Los enfermeros, a diferencia de los médicos, confían más en los procedimientos y tienden a creer que se está mejorando la seguridad⁴. Por otro lado, cuando se solicita la colaboración de los profesionales notificando la ocurrencia de EA para aprender de la experiencia, el miedo a una demanda dificulta esa colaboración^{6,9,10}.

Hablar de EA con naturalidad es un primer paso, necesario, para lograr una cultura de seguridad clínica que contribuya a reducir la ocurrencia de EA. Los conocimientos, las actitudes y las conductas profesionales entorno a los EA enmarcan esa cultura¹¹ y analizarlas puede darnos pistas sobre dónde interesa concentrar los esfuerzos para erradicar EA evitables.

Tabla 1 Conocimiento sobre seguridad clínica de los profesionales encuestados

	% acierto	p ámbito trabajo	p sexo del profesional	p experiencia profesional	p formación seguridad
Una inadecuada coordinación entre niveles genera eventos adversos	89	0,006	ns	ns	ns
El lavado de manos entre un paciente y el siguiente ha demostrado su eficacia para reducir la infección nosocomial	87	ns	ns	ns	ns
La mayoría de los eventos adversos que sufren los pacientes no pueden evitarse	73	ns	ns	ns	ns
En España, aproximadamente solo un 1% de los pacientes ingresados en hospitales sufren algún evento adverso	51	ns	ns	ns	0,031
Los eventos secundarios de los medicamentos son ejemplos de eventos adversos no evitables	45	ns	ns	ns	ns
Los fallos de comunicación dentro del equipo asistencial son en gran parte responsables de los errores clínicos	42	0,004	ns	ns	0,014
En España, cada médico de Atención Primaria se ve involucrado aproximadamente en 10 sucesos adversos/año	10	ns	ns	ns	ns

ns: no existen diferencias estadísticamente significativas. Preguntas con afirmaciones ciertas o falsas conforme a los datos de estudios españoles.

Tabla 2 Actitudes y conductas en pro de la seguridad clínica descritas por los profesionales

	% acuerdo	% desacuerdo	p ámbito trabajo	p sexo del profesional	p experiencia profesional	p formación seguridad
<i>Actitudes</i>						
Si mejorara la comunicación con el paciente se reducirían de forma importante los errores clínicos	90	1	ns	ns	ns	ns
Si sé que se ha propiciado un evento adverso informo al paciente	80	5	ns	ns	ns	ns
Muchos eventos adversos se producen porque el paciente no sigue correctamente las indicaciones de su médico	63	11	0,012	ns	ns	ns
Aunque llevo cuidado, en más de una ocasión he propiciado involuntariamente que algún paciente sufriera un evento adverso	50	34	ns	ns	ns	ns
En mi centro se viene hablando de seguridad clínica desde hace tiempo, pero no hacemos muchas cosas	41	27	ns	ns	ns	ns
Hablar de eventos adversos propicia una mala imagen de los profesionales sanitarios	18	68	ns	ns	ns	ns
Creo que se le está dando demasiada importancia a la frecuencia de eventos adversos	11	69	ns	ns	ns	ns
La única forma de reducir los eventos adversos es con sanciones	1	92	ns	ns	ns	ns
<i>Conducta habitual</i>						
Tengo la costumbre de preguntar a los pacientes si están tomando alguna otra medicación (prescrita o por su cuenta) para considerar posibles interacciones medicamentosas	99	1	ns	ns	ns	ns
Siempre procuro que los pacientes puedan preguntarme sus dudas	99	1	ns	ns	ns	ns
Cuando hago anotaciones respecto a un fármaco con nombre parecido a otro procuro escribir con letra clara para evitar confusiones	91	1	ns	0,011	ns	ns
Siempre informo al paciente de las posibles contraindicaciones	85	5	ns	ns	ns	ns
Participo en comisiones (o grupos o estudios) de calidad de mi centro	49	34	ns	ns	ns	0,033
Solo informo al paciente de las alternativas terapéuticas posibles cuando se trata de casos severos	11	78	ns	ns	ns	ns

ns: no existen diferencias estadísticamente significativas.

En el curso de un estudio sobre cultura de seguridad conducido por el SESCAM, durante 2008, se preguntó a una muestra de conveniencia de profesionales de hospitales y AP, a diferencia de otros estudios, sobre conocimientos básicos, actitudes y comportamientos personales que incidían en la seguridad. Respondieron un total 181 profesionales (104 [57%] médicos; 93 [51%] de AP; 132 [73%] con más de 8 años experiencia profesional; 102 [56%] mujeres; 28 [15%] habían realizado algún curso sobre seguridad clínica recientemente). Como variables de segmentación (se aplicó el estadístico no paramétrico Mann-Whitney) se consideraron: centro de trabajo (hospital vs AP), sexo, años de experiencia profesional (menos de 3 años, entre 3 y 8 y más de 8 años) y formación en seguridad.

La mitad (tabla 1) desconocía la frecuencia estimada de EA en hospitales y un 90% la frecuencia de EA en AP. Solo un 40% consideraban que los fallos de comunicación incidían en la frecuencia de EA. Los profesionales hospitalarios fueron más conscientes de que una inadecuada coordinación entre niveles ($p < 0,006$) y de que los fallos de comunicación en el equipo ($p < 0,004$) son causa probable de EA. Quienes habían realizado algún curso de formación sobre seguridad contestaron con mayor acierto a las preguntas sobre prevalencia de EA en hospitales ($p < 0,031$) y a si los fallos de comunicación eran causa de EA ($p < 0,014$).

Una amplia mayoría consideró que las sanciones no contribuirán a una mayor seguridad y que, en cambio, sería necesario mejorar la comunicación con el paciente para aumentar la seguridad (tabla 2). Según estos datos, 8 de cada 10 profesionales informarían al paciente de que ha sufrido un EA. La mayoría informaron que preguntaban al paciente si tomaba otra medicación, ofrecían alternativas terapéuticas y facilitaban a los pacientes que pudieran preguntarles sus dudas. Los profesionales de AP consideraron más probable que los EA se debieran, en parte, a que el paciente no siguiera sus instrucciones ($p < 0,012$).

Las acciones de sensibilización parecen tener éxito pero queda camino por andar para disminuir los EA que consideramos evitables y de los que contamos con estudios sobre su causalidad y que no siempre son conocidos por el conjunto de profesionales.

Bibliografía

1. Hartmann CW, Meterko M, Rosen AK, Zhao S, Shokeen P, Singer S, et al. Relationship of Hospital Organizational Culture to Patient

Safety Climate in the Veterans Health Administration. *Med Care Res Rev.* 2009;66:320–38.

2. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *QualSaf Health Care.* 2005;14:364–6.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes. Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid. 2005 [consultado 18 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
4. Singer SJ, Gaba DM, Falwell A, Lin S, Hayes J, Baker L. Patient safety climate in 92 US hospitals: differences by work area and discipline. *Med Care.* 2009;47:23–31.
5. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *N Engl J Med.* 2002;347:1933–40.
6. Robinson AR, Hohmann KB, Rifkin JL, Topp D, Gilroy CM, Pickard JA, et al. Physician and Public Opinions on Quality of Health Care and the Problem of Medical Errors. *Arch Intern Med.* 2002;162:2186–90.
7. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs.* 2005;24:509–25.
8. Hobgood C, Peck CR, Gilbert B, Chappell K, Zou B. Medical Errors-What and When: What Do Patients Want to Know? *Acad Emerg Med.* 2002;9:1156–61.
9. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA.* 2003;289:1001–7.
10. Hughes LC, Chang Y, Mark BA. Quality and strength of patient safety climate on medical-surgical units. *Health Care Manage Rev.* 2009;34:19–28.
11. Organizing for Safety: Third Report of the ACSNI (Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations) Study Group on Human Factors. Health and Safety Commission (of Great Britain). Sudbury, England: HSE Books; 1993.

F. Iglesias-Alonso^{a,*}, J.M. Tejero-González^a,
M.L. Torrijano-Casalengua^b y J.J. Mira^{c,d}

^a SESCAM Toledo, Toledo, España

^b Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, Talavera de la Reina, Toledo, España

^c Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^d Departamento de Salud Sant Joan – Alacant, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: figlesias@jccm.es (F. Iglesias-Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.04.002>