

## La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras

**Carlos Aibar-Remón***Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.*

Correspondencia: Dr. C. Aibar-Remón.

Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza.

Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.

Correo electrónico: caibar@unizar.es

Confianza, seguridad, adecuación y efectividad son palabras que se han introducido en nuestro lenguaje habitual, y que se han convertido en el Santo Grial de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica, si no se realizan pequeños pasos en distintos ámbitos organizativos. Entre las actuaciones que se deben desarrollar desde la gestión sanitaria destacan, entre otras, las siguientes<sup>1,2</sup>:

- Desarrollo de un entorno no punitivo.
- Implantación de una cultura de responsabilidad y rendimiento de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el sistema sanitario (ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión).
- Creación y perfeccionamiento de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, casi errores y buenas prácticas.
- Puesta en práctica de medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
- Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario.
- Esfuerzos en formación e investigación sobre calidad y seguridad.

En el campo de la microgestión destacan, por un lado, actuaciones orientadas a la mejora de los conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales, y por otro, las dirigidas a modificar las condiciones en que trabajan las personas y la construcción de barreras dirigidas a evitar la aparición de sucesos adversos y limitar sus consecuencias<sup>3</sup>.

Complementariamente, dada la repercusión social, mediática, económica y legal de estas cuestiones, es importante, además, promover la reflexión, la discusión y la colaboración con foros y asociaciones de pacientes, medios de comunicación y el entorno de la judicatura y el aseguramiento.

Con respecto a la formación sobre efectos adversos y seguridad clínica debe destacarse la necesidad no ya de mejorar conocimientos, sino de lograr una modificación de actitudes y nuevas habilidades de comunicación. Para ello son necesarios cambios profundos, tanto en las facultades de medicina y las escuelas de ciencias de la salud como en la formación especializada y continuada de todos los profesionales sanitarios. En este sentido, en un reciente artículo, Kidd et al<sup>4</sup> llamaban

la atención sobre la actitud de certidumbre e infalibilidad que, con frecuencia, se transmite en la docencia de la medicina, inculcando actitudes y comportamientos poco proclives a aceptar y comunicar el error por parte de los nuevos profesionales y la necesidad prioritaria de cambiar dicha actitud<sup>4</sup>.

Recientemente se han desplegado en nuestro país diversas iniciativas, que han supuesto pasos significativos para promover actuaciones concretas en el campo de la epidemiología y la prevención de los efectos adversos, y la seguridad clínica: la creación del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes, promovido por la Fundación Avedis Donabedian<sup>5</sup> y el desarrollo del proyecto multicéntrico IDEA (Identificación de Efectos Adversos), que aparece con vocación de observatorio, con estructura de red y como foro de discusión científica para facilitar la investigación y la mejora de la calidad de la asistencia<sup>6</sup>.

Por otra parte, la realización de la jornada sobre "La seguridad clínica, componente crítico de la calidad" y el taller de expertos en seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios, promovidos por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y realizados los días 8 y 9 de febrero de 2005, así como las jornadas tituladas "La seguridad del paciente a debate", fueron organizados por la Fundación Avedis Donabedian los días 15 y 16 de febrero del mismo mes. Su desarrollo ha permitido conocer iniciativas y actuaciones presentadas por acreditados investigadores que han abierto caminos en la epidemiología de los efectos adversos y las mejoras en la seguridad clínica y evidenciar la existencia de una destacada masa crítica en España con capacidad y liderazgo, para realizar actuaciones dirigidas a lograr un sistema sanitario caracterizado por la seguridad y que disfrute de la confianza de ciudadanos, pacientes, profesionales y gestores.

Como ejemplo de estas actuaciones se incluye en el presente número de REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL una serie de experiencias, aportaciones metodológicas y reflexiones de interés válidas, sugestivas y útiles.

Los trabajos de Aguiló et al<sup>7</sup> y Valle et al<sup>8</sup> reflejan la utilidad del seguimiento prospectivo de los efectos adversos relacionados con la actividad quirúrgica en un servicio de cirugía general y con un procedimiento como la histerectomía en una unidad de ginecología.

El artículo de Bartolomé et al<sup>9</sup> muestra una experiencia limitada pero significativa de la notificación y análisis de incidentes críticos en anestesia, a través de un formulario informatizado voluntario y anónimo, seguida del análisis de éstos por

medio de boletines, alertas y sesiones clínicas. Práctica, esta última, de utilidad para introducir mejoras que, sin embargo, es poco común, incluso en países como Estados Unidos<sup>10</sup>.

Como contribución a la reflexión y el debate sobre los sistemas de notificación e investigación epidemiológica, se incluyen 2 trabajos. En el elaborado por Michel et al<sup>11</sup> se discuten las ventajas y las limitaciones de los diseños transversales, retrospectivos y prospectivos en el estudio de la frecuencia y distribución de los efectos adversos. Por otra parte, en el presentado por Bañeres et al<sup>12</sup> se analizan las características de los sistemas de notificación de incidentes y efectos adversos, su problemática y su utilidad como estrategia de enseñanza y aprendizaje.

Trabajo en equipo, interdisciplinariedad, innovación y transversalidad en el abordaje de la prevención de los riesgos son términos que se enfatizan en el artículo de Pardo et al<sup>13</sup>, en el que se reflejan las distintas fases de la creación y desarrollo de una unidad hospitalaria de gestión de riesgos clínicos.

De la lectura del artículo de Barrasa-Villar et al<sup>14</sup> se deduce la utilidad de los sistemas de información hospitalarios como fuente de información para el estudio de las complicaciones asistenciales y la importancia de un fenómeno insuficientemente estudiado en nuestro entorno, como son los problemas relacionados con la permanencia en lista de espera, en este caso, la mortalidad. Por otra parte, resulta sugestiva la propuesta de incluir la mortalidad de los enfermos en lista de espera como suceso centinela para ser analizado con la metodología oportuna por las comisiones hospitalarias de mortalidad.

Por último, ampliando el horizonte de la gestión de los riesgos clínicos se ha incluido un artículo procedente del entorno de la judicatura, en el que se destacan, entre otros aspectos, la ampliación de las responsabilidades del personal sanitario ocasionado por la mayor disposición de medios técnicos y avances científicos, y los cambios en la relación médico paciente<sup>15</sup>.

Nos encontramos, por tanto, con un número monográfico de enorme valor formativo para todas las personas que, en su diferente grado de responsabilidad, trabajan por un sistema sanitario más efectivo, eficiente y seguro, y que hacen de la responsabilidad uno de los ejes de su práctica profesional.

## Bibliografía

1. Wade J, Baker GR, Bulman D, Fraser P, Millar J, Nicklin W, et al. A national integrated strategy for improving patient safety in Canadian Health Care. Ottawa: National Steering Committee on Patient Safety. Building a Safer System; 2002.
2. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? Dimensión Humana. 1997;1:17-23.
3. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320:769.
4. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. BMJ. 2005;330:374-5.
5. Fundación Avedis Donabedian [citado el 15 de marzo de 2005]. Disponible en: [www.fadq.org](http://www.fadq.org)
6. Aranaz JM, por el Grupo de Estudio del Proyecto IDEA. Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. Rev Calidad Asistencial. 2004;19:14-8 [citado el 15 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.dsp.umh.es/proyectos/idea/>
7. Aguiló J, Peiró S, García del Caño J, Muñoz C, Garay M, Viciana V. Experiencia en el estudio de efectos adversos en un servicio de cirugía general. Rev Calidad Asistencial. 2005;20: 185-92.
8. Valle L, Seara S, García JA. Efectos adversos en la intervención de la histerectomía. Registro informatizado 2002-2003. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:193-8.
9. Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, Santa-Úrsula JA, Hidalgo I, González A. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20:228-34.
10. Pierluissi E, Fischer M, Andre E, Campbell AR, Landefeld CS. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. JAMA. 2003;290:2838-42.
11. Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos adversos: cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:204-10.
12. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de eventos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:216-22.
13. Pardo R, Jara A, Menchen B, Padilla D, Martín J, Hernández J, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:211-5.
14. Barrasa-Villar JI, Broto-Civera A, Ortega-Maján MT, Ramírez-Gasca MT, Astier-Peña P, Castán-Ruiz S. Mortalidad en lista de espera quirúrgica: un indicador centinela. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:199-203.
15. Soler LA. La culpa en el ámbito de la responsabilidad civil médica. Estado jurisprudencial y modalidades de manifestación. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:223-7.