



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



CARTAS AL DIRECTOR

Cultura de seguridad del paciente en estudiantes de pregrado en ciencias de la salud



Safety culture in pre-graduate health sciences students

Sra. Directora:

La cultura de seguridad del paciente ya no es ajena al común de los médicos y demás profesionales de la salud. Esta cultura se deriva del conocimiento de factores de riesgo, factores epidemiológicos y factores éticos de la buena práctica clínica¹. Tras el trabajo publicado por Kohn et al. en el año 2000², el concepto de seguridad del paciente se universalizó y quedó incluido como elemento indispensable de la atención médica de buena calidad. El concepto de seguridad del paciente trasciende a los hospitales, consultorios o clínicas y es llevado a las universidades, a los estudiantes de pregrado de las diferentes carreras de ciencias de la salud como una consecuencia del rediseño de los programas de posgrado en medicina. La idea de fondo es que, si se implanta el concepto de seguridad del paciente desde la formación interdisciplinaria del profesional de la salud, será más fácil que este la ejerza con naturalidad en su práctica profesional.

En la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey se incluyen cursos y talleres sobre seguridad del paciente a nivel de posgrado y pregrado, donde se han trazado diferentes esquemas para desarrollar la cultura de seguridad del paciente. Se implanta el concepto de que se requiere de entrenamiento formal para contar con suficientes elementos de calidad de la atención, que requiere de constante refuerzo y capacitación y que no necesariamente se da con el tiempo ni la veteranía del profesional de la salud. Es evidente que se tiene que enseñar formalmente. El reporte de eventos adversos es una herramienta que permite estudiar los factores que llevan a que surja el evento y da la oportunidad de crear correcciones o mecanismos preventivos. A través de talleres de reporte de eventos adversos, impartidos a estudiantes de pregrado, hemos podido medir algunos de los obstáculos que pueden ocurrir durante este proceso. González-de Jesús et al.³ demostraron que los estudiantes, aun en un ambiente neutro no punitivo, sienten temor y omiten algunas de las variables del reporte de eventos adversos,

limitando el alcance y efectividad de las estrategias de gestión de los riesgos clínicos. Esto, probablemente, implica una alta prevalencia de la cultura punitiva que antecede a la cultura de la seguridad del paciente en la mayoría de los entornos hospitalarios.

Durante el ejercicio del taller de reporte de eventos adversos del curso de administración médica, muchos de los estudiantes de diferentes carreras (medicina, nutrición, ingeniería biomédica) reportaron eventos centinela y/o adversos que percibieron durante algún momento de sus rotaciones clínicas en hospitales. En cada informe evaluaban las medidas tomadas y daban recomendaciones personales. Un tercio recomendaban mejor comunicación del equipo de salud, mejores materiales/equipamiento por parte del hospital. Otras áreas de oportunidad mencionadas incluyeron: más capacitación al personal de salud, mejores protocolos de manejo clínico y mejor examen propedéutico de los pacientes. Menos del 3% recomendaban medidas punitivo/legales contra el personal que tenía responsabilidad sobre el evento adverso. Es de destacar que los estudiantes de pregrado concluyen que su percepción de la seguridad del paciente es priorizar la mejora continua de la calidad y seguridad del paciente y evitar el enfoque punitivo de castigar al infractor. Quizá esto apunta a la idea de que los errores raíz se han derivado de procesos administrativos y política pública que afectan directamente a la práctica clínica, pero que fueron decididas en áreas no clínicas.

En el artículo de Rodríguez-Cogollo et al.⁴ se exponen varios puntos importantes. Primero se admite la presencia de errores en la atención hospitalaria que pueden ser frecuentes y que generan eventos adversos. En la perspectiva de los residentes el exceso de trabajo o la falta de capacitación en este tema, se pone como una razón para carecer de una cultura de la seguridad del paciente. Como mejora de su práctica habitual mencionan desarrollar una mejor comunicación sobre el error, que pudiera implicar otra vez la cultura punitiva o temor de mayor sobrecarga de trabajo admirativo y, finalmente señalan su necesidad de fomentar mejores prácticas de aprendizaje organizacional.

En este punto, la cultura de seguridad del paciente debe trascender el estado de ánimo o el cansancio del profesional de la salud y darse como un proceso natural de todas las interacciones independientemente de la gravedad del paciente.

Rodríguez-Cogollo et al. recomiendan la estrategia de potenciar el desarrollo de la cultura de seguridad de los

pacientes al incorporarlo al programa curricular de la especialidad. En nuestra experiencia hemos observado la pertinencia de incorporarla en los programas curriculares del pregrado desde el punto de vista interdisciplinario de los integrantes del equipo de salud, lo que permite análisis y soluciones más integrales. La cultura de seguridad del paciente no es inherente de la persona, sino que se adquiere través de la capacitación y del aprendizaje.

Bibliografía

1. Campos-Castolo M, Martínez-López J, Chavarría-Islas R. Patient safety exploratory survey in undergraduate medical interns. *Revista CONAMED*. 2010;15:116-24.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. National Academy Press,

(2000) 311 pages [consultado 25 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.nap.edu/readingroom>

3. González-de Jesús C, Santos-Guzmán J, Martínez-Ozuna G. Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. *Educación Médica Superior*. 2014;28:84-91.
4. Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado IR, Galicia Flores T, Barrasa-Villar JI, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist*. 2014;29:143-9.

G. Martínez-Ozuna* y J. Santos-Guzmán

Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gmo@itesm.mx (G. Martínez-Ozuna).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.06.004>

Reflexiones sobre el derecho a morir en casa



Reflections on the right to die at home

Sra. Directora:

El proceso de final de vida es el tiempo que precede a la muerte del enfermo cuando esta es previsible y la vida se extingue gradualmente. Se trata de una intensa experiencia vital que puede estar marcada, en función de las características clínicas y personales del paciente, tanto por la presencia de sufrimiento, amenazas e incertidumbres, como por la emergencia de valores, significados y decisiones avanzadas.

Los derechos fundamentales de las personas contemplados en nuestra constitución garantizan que toda persona tiene derecho a la vida, la libertad, la salud, la integridad física y moral, el honor, la intimidad, la seguridad y la propia imagen¹. La dignidad de las personas, consustancial a la propia naturaleza humana, no se otorga, se tiene, es inviolable y debe protegerse. Toda persona tiene derecho a vivir su muerte con dignidad. No cabe duda de que preservar la capacidad de decidir con libertad y responsabilidad es un pilar esencial del concepto de dignidad humana, tanto a la luz del derecho como de la ética sanitaria²⁻⁴.

Recientemente, se han publicado 2 estudios que exploran las características de los enfermos oncológicos avanzados y terminales en el medio hospitalario en España. Estos enfermos con una expectativa de supervivencia cercana a los 3 meses presentaron un deterioro funcional rápidamente progresivo y múltiples síntomas intensos y cambiantes en el tiempo. El 66% de los enfermos fueron clasificados como de media-alta complejidad paliativa a juicio clínico de los profesionales especializados en cuidados paliativos que los atendieron (32% alta y 44% media). Cerca del 30% de las familias manifestaron problemas de sobrecarga para establecer un cuidado del paciente de forma continuada. Menos de una quinta parte de los enfermos hablaron abiertamente de su

pronóstico y de la planificación explícita de su proceso de final de vida. Los factores que más influyeron en la clasificación de alta complejidad paliativa fueron una edad inferior a 65 años, el dolor refractario, un alta carga sintomática (5 o más síntomas en registro sistemático de 8 síntomas), el mal-estar emocional intenso, la sobrecarga en la estructura de cuidado sociofamiliar y los dilemas éticos emergentes⁵. El 60% de los enfermos fallecieron en su domicilio. En el análisis multivariante de las variables estratificadas por lugar de fallecimiento, los factores que se asociaron de forma más significativa y fueron predictivas de la muerte en casa fueron: la preferencia del paciente y su familia, el soporte social y la atención paliativa específica⁶.

La carta del Dr. Santos⁷ sobre el derecho a la muerte en casa refleja todos los elementos de un proceso adecuadamente elaborado y controlado: un enfermo competente e informado capaz de planificar explícitamente el proceso de final de vida; un control de síntomas adecuadamente controlados; la ausencia de dolor u otros síntomas refractarios al tratamiento establecido; un intenso y efectivo soporte familiar y social, y un apoyo sanitario comunitario y especializado en cuidados paliativos domiciliarios.

Es obvio que, en este caso, el paciente tiene derecho a la muerte en domicilio debido principalmente a su propia estrategia de afrontamiento, pero también debido a las condiciones sintomáticas y de soporte sociofamiliar y sanitario. No cabe duda de que la aspiración de la atención paliativa es conseguir que la mayoría de los pacientes consigan un ajuste adaptativo, como en este caso.

Sin embargo, de la misma forma que debe existir el derecho a la muerte en casa, también debe existir el derecho a la muerte hospitalizado. La mayoría de los pacientes que fallecen en el hospital presentan una alta carga sintomática, con síntomas refractarios de difícil control en el entorno domiciliario, una manifiesta sobrecarga de sus cuidadores que hace inviable mantener la atención en su domicilio, o una combinación de ambos elementos.

Los factores de índole sociofamiliar que más directamente pueden determinar la decisión de una muerte hospitalaria se pueden resumir: ausencia de cuidador;