

# Introducción a la Seguridad Clínica en los SEM

Chabier Brosed Yuste  
Enfermero

UME Calatayud. 061 Aragón

Coordinador del Grupo de Seguridad Clínica del paciente del 061 Aragón y del Grupo de Seguridad Clínica de SEMES Aragón

## ANTECEDENTES

La seguridad clínica es un componente fundamental de la calidad asistencial que se basa en la gestión de las causas que facilitan la comisión de errores en los procesos asistenciales y en la prevención de que estos sucedan.

La atención sanitaria es una actividad cada vez más compleja y con numerosos riesgos donde se combinan actuaciones humanas, tecnológicas, procedimientos organizativos complejos, etc. Existe la necesidad de adoptar medidas que reduzcan el creciente número de eventos adversos derivados de la asistencia sanitaria. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir el elevado impacto económico y social de los mismos.

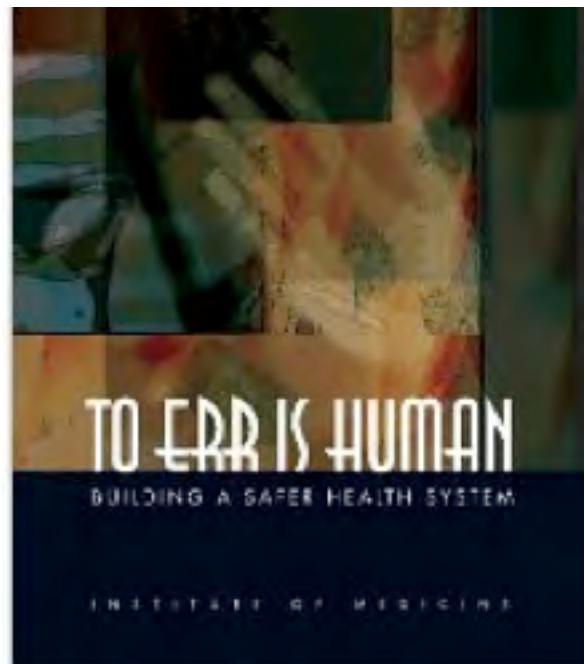
La conciencia de que los actos sanitarios entrañan riesgos para el paciente viene desde muy antiguo:

“Esclarece el pasado, diagnostica el futuro. En cuanto a las enfermedades, acostúmbrate a dos cosas: a ayudar o, al menos, a no dañar”. Hipócrates (460 -370 A.C.)

### PRIMUM NON NOCERE

En la década de los 50 la medicina tuvo un “boom” tecnológico y científico, los efectos indeseables de los medicamentos, las infecciones nosocomiales, los errores diagnósticos o terapéuticos, complicaciones clínicas, etc. eran vistos por Barr como: “el precio a pagar por los modernos métodos diagnósticos y terapéuticos”, y Moser definió a los sucesos adversos como: “las enfermedades del progreso de la medicina”.

La relevancia de la Seguridad del Paciente comenzó cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de Esta-



dos Unidos publicó el informe “To err is Human”.

En dicho informe se indicaba que los muertos al año en USA como consecuencia de los errores sanitarios llegaban hasta los 98.000, cifra que era el doble que los muertos por accidentes de tráfico y muy superior a los fallecidos por cáncer de mama o Sida.

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó una resolución en la que pide a sus estados miembros “que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la asistencia sanitaria”.

En el 2004 la OMS lanzó la “Alianza Mundial” para la seguridad de los pacientes, la estrategia de la OMS incluye programas y herramientas que han llevado a que países y organizaciones sanitarias aborden la gestión de ries-

gos sanitarios dentro de sus políticas sanitarias.

En el año 2006 el Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido a través de la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA) propone en un documento los 7 pasos claves para lograr una asistencia sanitaria más segura. Dicho documento ha sido traducido y comentado por el Ministerio de Sanidad Español: "La Seguridad del Paciente en 7 pasos".

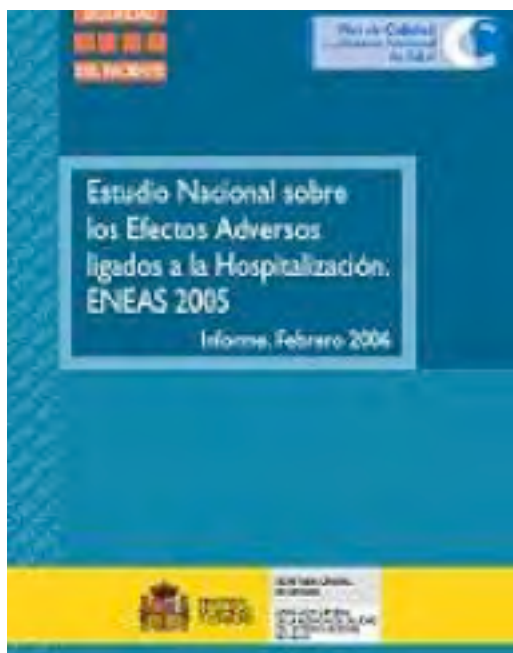
[Link al documento](#)

La Seguridad del Paciente es un objetivo prioritario en el Plan de Calidad del SNS y se encuentra enmarcada en la estrategia nº 8 "Mejorar la Seguridad de los Pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de Salud". Dentro de esta estrategia el primer objetivo es fomentar la Cultura de Seguridad del Paciente entre los profesionales sanitarios.

#### MAGNITUD DEL PROBLEMA

La investigación epidemiológica en Seguridad del Paciente tiene como finalidad cuantificar y conocer el riesgo asociado a la asistencia sanitaria para estimar la frecuencia, tipos, evitabilidad, gravedad e impacto de los eventos adversos.

Desde el año 2006 el Ministerio de Sanidad ha promovido la realización de diversos estudios para medir la magnitud y las repercusiones del problema de los efectos adversos, así tenemos el ENEAS en Hospitales y el APEAS en Atención Primaria.



Los datos que se extraen del ENEAS (Hospitales) son:

-Hay una incidencia de entre el 9 y el 10% de Eventos Adversos asociados a la hospitalización (uno de cada diez paciente sufre un EA)

-Serían prevenibles entre el 43 y el 50% de esos Eventos Adversos.

Las consecuencias de esos Eventos Adversos serían:

-El 50% no causó ninguna incapacidad al paciente

-El 7% podía derivar en una incapacidad permanente

-Y el 7,4% podía relacionarse directamente con la muerte del paciente

Los servicios de urgencias y emergencias son áreas asistenciales donde existe un alto riesgo de incidentes y eventos adversos con resultados de lesiones para el paciente.

El estudio EVADUR (2010) realizado por SEMES estableció que el 12% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias españoles sufrían algún tipo de Incidente relacionado con la asistencia sanitaria, de los cuales el 70% sería evitable.

[Link al documento](#)

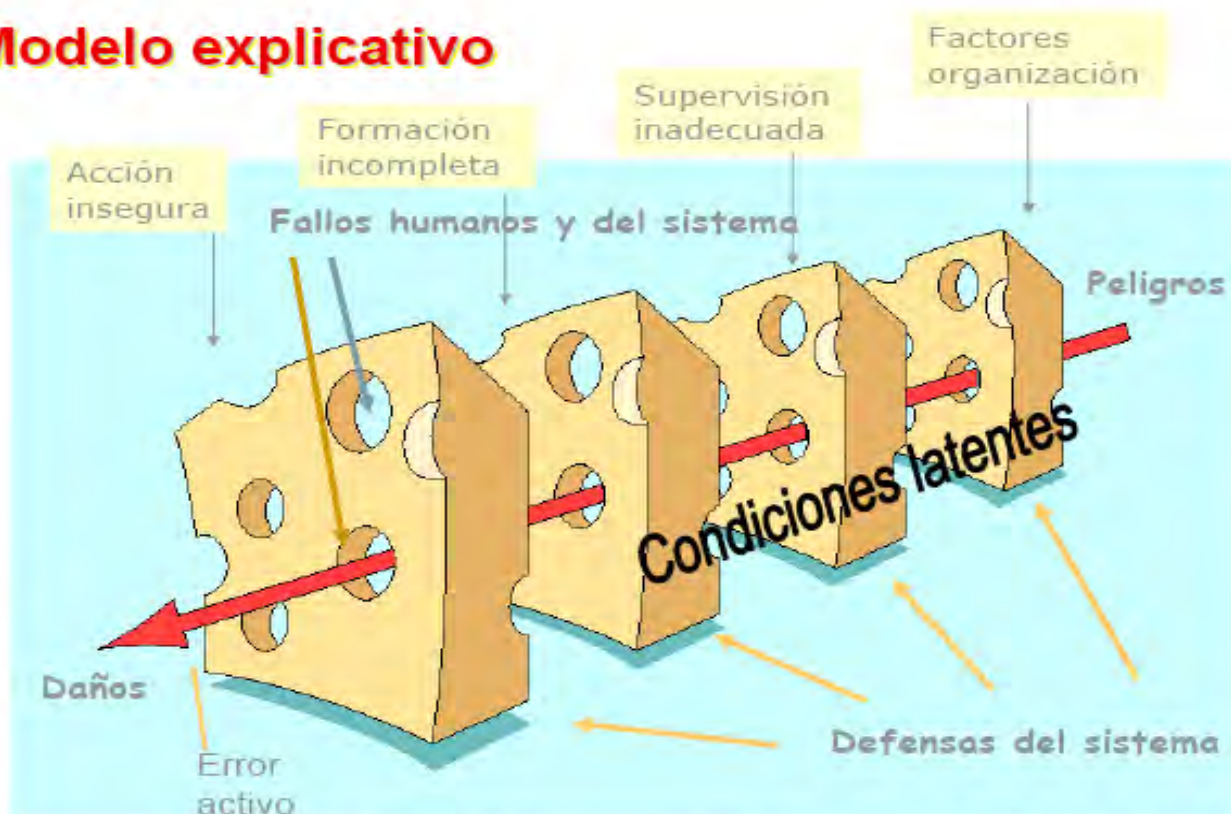
#### GESTION DE LOS ERRORES

En Seguridad Clínica para la gestión de los errores se utiliza un modelo centrado en el sistema, según el cual la principal responsabilidad de los Eventos Adversos se atribuye a deficiencias de la organización o del sistema. Las premisas básicas de este sistema son:

- Los humanos son falibles y los errores esperables.
- Los errores son consecuencias y no causas.
- El objetivo es cambiar las condiciones (factores causales) que propiciaron el error.

Esta estrategia se centraría en analizar los errores y aprender de los mismos, buscando las causas en el sistema. Cuando ocurre un error lo importante no es conocer quien cometió el error sino cómo y por qué fallaron las defensas.

## Modelo explicativo



Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000; 320:769.

Un modelo clásico es el ideado por J. Reason que explica cómo el accidente es la consecuencia final de una superposición de fallos en diferentes niveles de la organización en un mismo momento, coincidiendo además con el error humano.

El desarrollo de este modelo supone implementar procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallo del sistema y errores de las personas, y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren para poder mitigar así las consecuencias.

En primer lugar, necesitamos crear una cultura de seguridad entre los profesionales del sistema, lo cual es, probablemente, el mayor cambio y más difícil de lograr.

Conseguir cambiar la cultura de ocultación de los errores o de simple reacción frente a los efectos adversos, en la que los errores no sean considerados fallos personales, sino consecuencia de la interacción de múltiples factores, y sean vistos como oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño, es el primer paso para mejorar la seguridad del paciente.

**Cometer errores es humano, ocultarlos una estupidez, y no aprender de los mismos imperdonable.**

L. DONALDSON

(Presidente Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente)

### MATERIAL DE LECTURA Y FORMACIÓN

Como material de lectura y formación adjuntamos el "Módulo: Introducción a la Seguridad del Paciente", el cual forma parte del Programa de formación SEMES en seguridad del paciente en Urgencias y Emergencias.

[Link al documento](#)

Dicho módulo es un documento extraído de los monográficos de SEMES sobre seguridad del paciente publicados en la revista EMERGENCIAS. En él se describen los conceptos de Seguridad Clínica, la magnitud del problema, las soluciones y programas existentes, las áreas prioritarias donde desarrollar los distintos programas y herramientas para gestionar los riesgos, todo ello enfocado a los servicios de Urgencias y Emergencias.

Si quieres ampliar la información sobre los monográficos de SEMES publicados en la revista EMERGENCIAS los tienes disponibles en los siguientes links:

[Link al monográfico 1](#)

[Link al monográfico 2](#)

[Link al monográfico 3](#)

Ya por último, recomendamos el video de Brian Goldman de la TEDxToronto.

El video es una charla titulada:

“Los profesionales sanitarios cometen errores ¿podemos hablar de ello?”

Habla de cómo se sienten los profesionales sanitarios frente a los errores sanitarios y la negación de los mismos.

Brian Goldman es un gran profesional y un gran comunicador, la charla es muy amena y en momentos divertida.

Os la recomiendo como introducción a la Seguridad Clínica y el análisis de cómo lo afrontan los profesionales y el propio sistema sanitario.

[LINK AL VIDEO](#)

## Publicación de estudio en la revista Emergencias

Uno de los fines de ASBE es fomentar las relaciones entre sus asociados, facilitando el intercambio de informaciones y el apoyo técnico y profesional entre los mismos. Siendo fieles a estos fines, os informamos que en el último número de EMERGENCIAS, la revista científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, se ha publicado el artículo:

“Experiencia del uso del pulsicooxímetro en la evaluación prehospitalaria de las víctimas expuestas al humo de incendios en ambientes cerrados en Cataluña”, de los autores: Vicenç Ferrés-Padró, Víctor-Guillermo Sequera, Alba Vilajeliu, Miquel Vidal y Antoni Trilla

Vicenç Ferrés-Padró y Miquel Vidal forman parte del Grup d’Emergències Mèdiques (GEM) de Bombers de la Generalitat de Catalunya.

El incremento de las intervenciones de los bomberos en siniestros con víctimas expuestas al humo de incendio es una realidad que va en aumento. Algunas de estas intervenciones implican a múltiples víctimas y se hace necesario un método eficaz de orientación diagnóstica para el triage y si procede, derivación a un centro hospitalario.

En este sentido los algoritmos de decisión consensuados, basados en criterios clínicos, complementados con la utilización de la pulsicoximetría portátil, son elementos que facilitan el manejo de estos pacientes.

En palabras de los autores, el estudio focaliza su interés en el uso y aplicación como herramienta de cribado prehospitalario de la determinación no invasiva de carboxihemoglobina en el lugar del incidente mediante un pulsicooxímetro portátil.

Desde la redacción de este Boletín, valoramos muy positivamente dicho estudio y aún más cuando ha sido publicado en una revista de gran y reconocido prestigio científico como EMERGENCIAS. Así pues, felicitamos a los compañeros Vicenç y Miquel por la publicación y os recomendamos su lectura.

Lo podeis consultar en:

<http://semes.us9.list-manage.com/track/click?u=271edf39951f37c839b815666&id=8a7615d715&e=06bf8ac87a>