



Los profesionales y la seguridad del paciente en España:

“La Seguridad del paciente desde la perspectiva de Atención Primaria”

Sergio Minué.
Escuela Andaluza de Salud Pública

S. Minué. EASP

Dimensión del problema:

“ *Quando despertó el gigante dormido...* ”

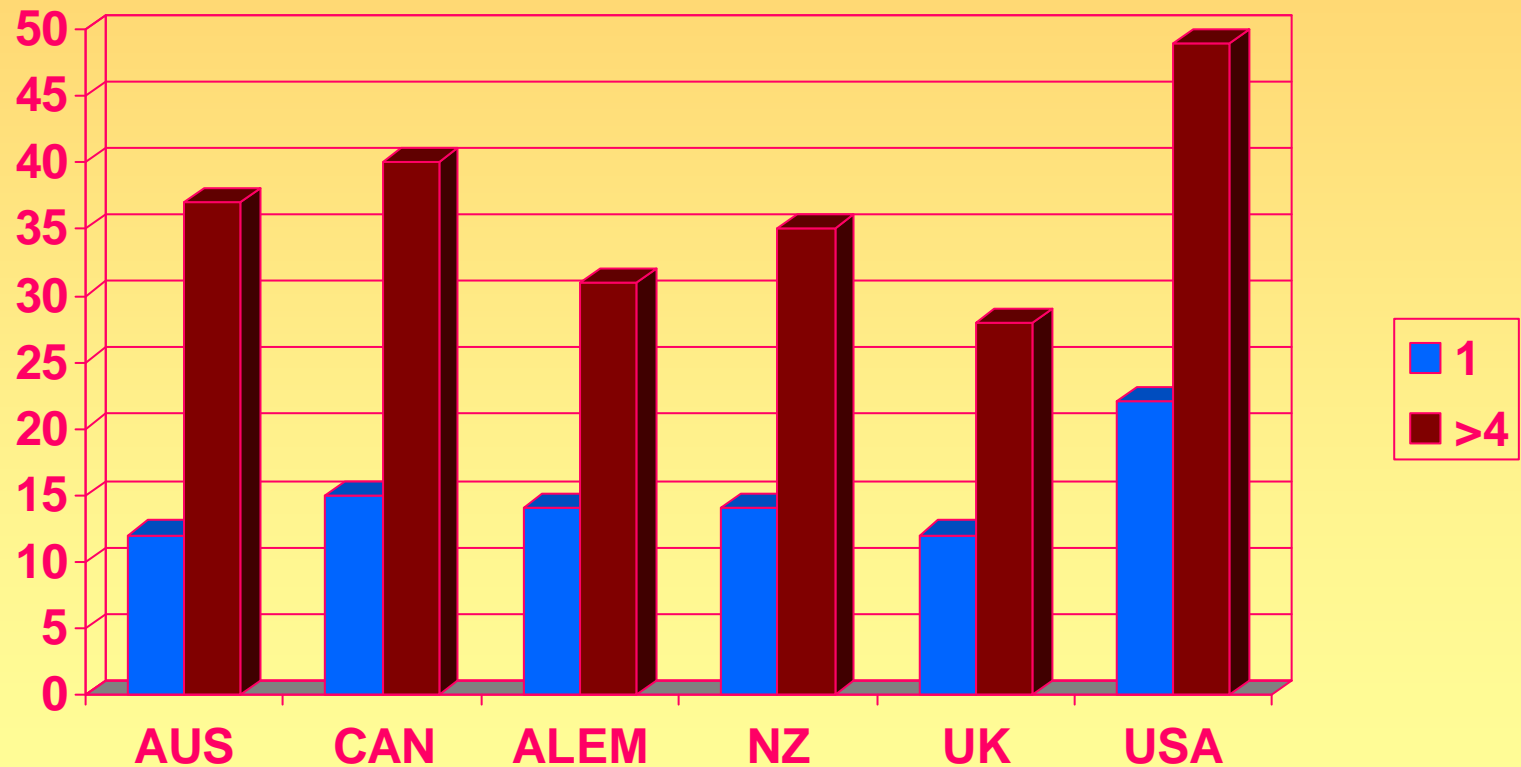
Bates et al, Ann Int Med 2000;132:763-7

- Frecuencia del error en Atención Primaria : **5- 80 veces / 100000 consultas** (Sanders et al. Fam Pract 2003;20:231-6)
- Se estima en **10.6 errores/Eventos adversos por médico y año** (Borrell et al. Aten Primaria 2006;38:25-32).
- En Estados Unidos, **75.000 hospitalizaciones anuales** son debidas a efectos adversos prevenibles que ocurren en el medio ambulatorio en USA, con daños permanentes en 4839 pacientes y causando 2.587 muertes (Woods DM et al. QSHC 2007;16:127-31)
- Errores de prescripción en más del 11% de todas las prescripciones (Sanders)
- El escenario más frecuente de error clínico reportado es **prescribir un fármaco incompatible** con la enfermedad de base (22.8%) (Borrell et al 2006)
- En el 31% de los errores se producen **daños** para los pacientes, un 9.6% graves (Roser W, Can Fam Phy 2005;51:386-7)

¿ Tiene la seguridad del paciente características propias en Atención Primaria?

- En Atención Primaria se producen **la mayor parte de los encuentros médico-paciente del sistema sanitario.**
- Provisión de la **asistencia centrada en la persona**, que debe ser adaptada a las creencias, necesidades, valores y preferencias de las mismas.
- **Amplio espectro de síntomas y signos**, desde autolimitados y menores, hasta crónicos, o amenazantes para la vida
- Atención habitual a estados iniciales de las enfermedades, con **manifestaciones poco definidas** (no fácilmente etiquetadas con un diagnóstico)
- No siempre es posible llegar a un diagnóstico (Jacobson, Fam Pract 2003)
- **Carga de morbilidad y Comorbilidad** : en USA solo 41% de los pacientes tiene solo una enfermedad (B. Starfield, 2001)

% pacientes que reportan algún error en relación con el n° de médicos vistos en los pasados 2 años



FUNCIÓN DE FILTRO DEL M.G.

Situación inicial

		Necesidad de tto. Por A.E.		
		Si	no	total
Derivación inmediata	si	90	90	180
	no	10	810	820
		100	900	1000

Probabilidad preprueba 10%

S 90% E 90%

Ratio de probabilidad 9

VPP 50%

FUNCIÓN DE FILTRO DEL M.G.

Presión para aumentar Sensibilidad

Necesidad de tto. Por A.E.

Derivación		Si	no	total
		si	95	495
inmediata	no	5	405	410
		100	900	1000

Probabilidad preprueba 10%

S 95% E 45%

Ratio de probabilidad 1,7

VPP 16 %

S. Minué. EASP

Knottnerus, 1991

El TOP 20 de las NO enfermedades



- 1.- Envejecimiento.
- 2.- Trabajo.
- 3.- Aburrimiento.
- 4.- Bolsas bajo los ojos.
- 5.- Ignorancia.
- 6.- Calvicie.
- 7.- Pecas.
- 8.- Grandes orejas.
- 9.- Pelo gris o blanco.
- 10.-Mal genio.
- 11.- Parto.
- 12.- Alergia al siglo XXI.
- 13.- Jet lag.
- 14.- Infelicidad.
- 15.- Celulitis.
- 16.- Resaca.
- 17.- Ansiedad sobre el tamaño del pene.
- 18.- Embarazo.
- 19.- Furor al volante.
- 20.- Soledad.

¿ Entendemos todos lo mismo?

Definimos error como...

- Australia: “ Suceso no intencionado, no importa que trivial o común sea, que produce un daño aun paciente o podría haberlo producido ” (Basale, Med J Austr 1998;169:73-6)
- USA: “ Algo que no debería haber ocurrido en mi consulta y que no me gustaría que volviera a suceder” (Dovey , 2001, www.aappolicy.org).
- UK: “ suceso que se considera importante en la vida de una consulta y que podría aportar algún entendimiento de la atención general a los pacientes” (Sweeney, J Clin Governance 2000;8:128-34)
- Suecia: “ Desatención producida dentro de su ámbito de responsabilidad” (Neville, J R Coll Gen Pract 1989;39:110-12.

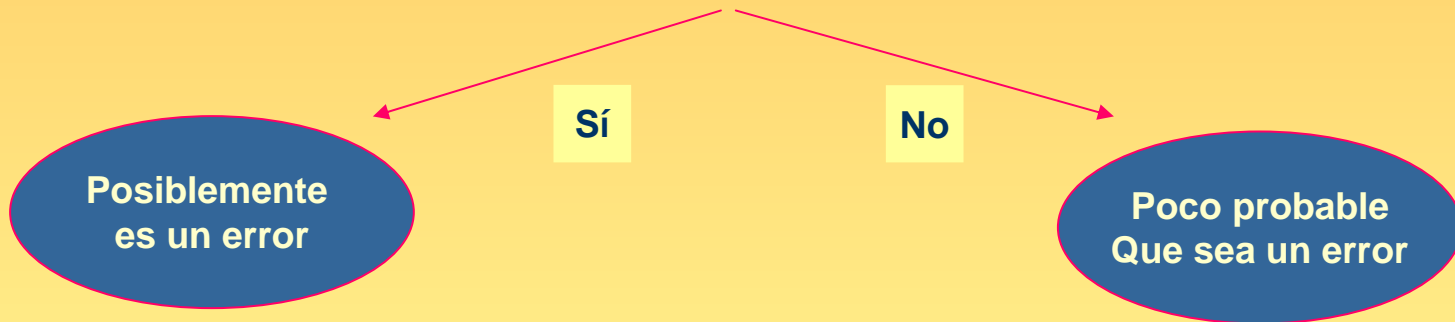
¿ Están de acuerdo los médicos que atienden pacientes?

- Existe una falta de consenso entre lo que la literatura médica considera *Error* y lo que es aceptado como tal por los médicos asistenciales (expertos/asistenciales):
 - Pasar por alto un resultado anormal (100-100%)
 - Realizar el test equivocado (100- 87%)
 - No hacer seguimiento de resultado anormal (96-87%).
 - Resultados de radiografía no disponibles en el momento de la consulta (74-62%).
 - Rotura de tubo con muestra sanguínea (57-47%)

Elder NC et al. BMC.Fam Pract 2006;7:73

What do family physicians consider an error? A comparison of definitions and physician perception?
 Elder et al. BMC Fam Pract 2006;7:73

¿Es este suceso resultado de no hacer las cosas como estaban previstas O bien de utilizar un plan equivocado?



¿ puede provocar daño?

Sí	▲	No
----	---	----

¿es raro este suceso?

Sí	▲	No
----	---	----

¿ la responsabilidad de este suceso es individual?

Sí	▲	No
----	---	----

SI	+/-	NO	¿ ERROR?
----	-----	----	----------

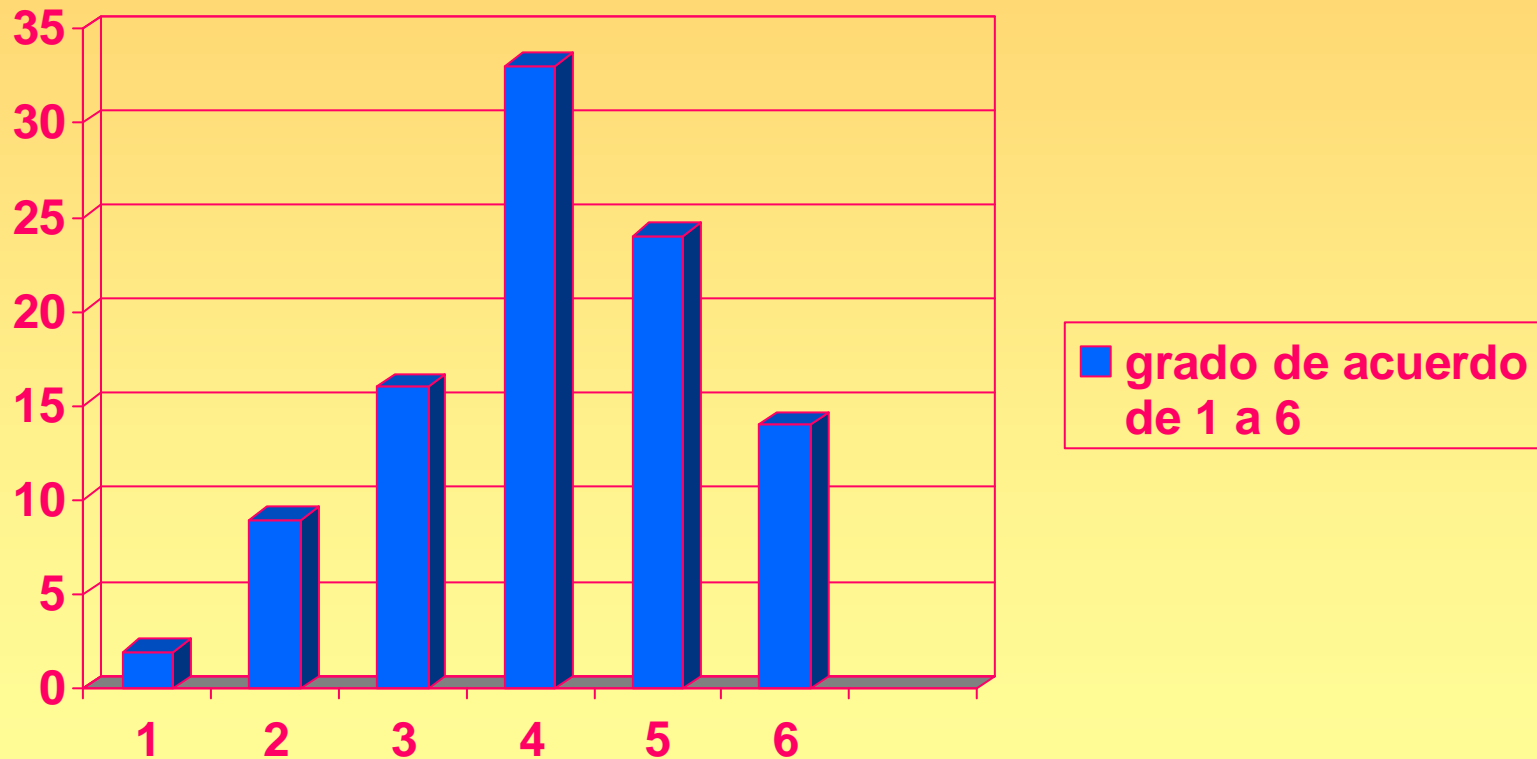
¿ Qué tipos de errores ocurren en Atención Primaria?

- Taxonomía preliminar de los errores médicos en medicina familiar (Dovey et al. Qual Saf health Care 2002;11:233-8.)
 - **Disfunciones del sistema (82.6%):**
 - Errores administrativos (30.9%)
 - Fallos en el proceso diagnóstico (24.8%)
 - Errores en la prescripción o dispensación de fármacos (23%).
 - Problemas de comunicación (5.8%)
 - Problemas relacionados con los sistemas de pago (1.2%)
 - **Errores debidos a deficiencias en conocimientos o habilidades (13.4%).**
 - Errores en la ejecución de una tarea clínica (5.8%)
 - Decisiones de tratamientos erróneas (4.2%)
 - Diagnósticos equivocados (3.9%)
 - **Efectos adversos (4.1%).**

Determinantes de los efectos adversos en AP (Rogers S, 2001)

- **Características del médico:**
 - Calidad de las relaciones personales
 - Tiempo de dedicación por paciente.
- **Factores que influyen en la toma de decisiones de los médicos:**
 - Estrés del médico (91%).
 - Proceso de atención.(91%)
 - Capacitación(62%)
- **Procedimientos**
- **Características de la práctica**

Encuesta de Diario Médico. España. Mayo de 2005:
“ **La Administración me impide hacer bien mi trabajo**”



¿Una agenda de trabajo en AP?

- Liderazgo.
- Organización.
- Investigación.
- Sistemas de información.
- Una nueva cultura.
- Formación

Rogers S, 2001 (mod)

¿ Qué podemos hacer?:

Prevención de los efectos adversos en AP.

(S. Rogers, Clinical Risk management 2001)

- Intervenciones en La consulta
 - **Guías de práctica.**
 - **Sistemas de apoyo a al decisión por ordenador**
 - **Toma de decisiones compartidas.**

- Garantía de Calidad
 - **Gestión de reclamaciones**
 - **Registros de mortalidad**
 - **Auditoría de eventos significativos.**
 - **Audit clínico**
 - **Iniciativas de Mejora continua de la calidad**

- Formación.

Sistemas de información

- Se necesita establecer Sistemas de Registro sobre Seguridad de pacientes en AP.
- La información procedentes de sistemas de registro confidenciales parecen ser superiores a los procedentes de registros anónimos, y pueden ser más útiles para comprender errores y diseñar intervenciones de mejora (Colaboración ASIPS Fernald DH et al. Ann Fam Med 2004;2:327-332)
- Dadas las características específicas de la Atención Primaria deberían emplearse sistemas propios de codificación (ICPC/CIAP en vez de CIE-10) (B. Starfield, J Am Board Fam Med 2007;20:518-26)

Fomentar una nueva cultura

- ***La percepción actual de los médicos de atención primaria***

(F. Borrell et al, Aten Primaria 2006;38:25-32)

- Un tercio de los médicos afirma no haberse equivocado nunca de forma importante.
- No existen diferencias de sexo relevantes ni en la percepción ni en la manera de reaccionar a los EA
- Los médicos jóvenes tienden a socializar más esa experiencia negativa

Formación:

algunas reflexiones necesarias

- Acceso de los profesionales a las actividades formativas.
- Inclusión de los aspectos propios y característicos de la AP en los programas formativos.
- Un nuevo modelo de enfoque del proceso formativo.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Formación en seguridad de Pacientes

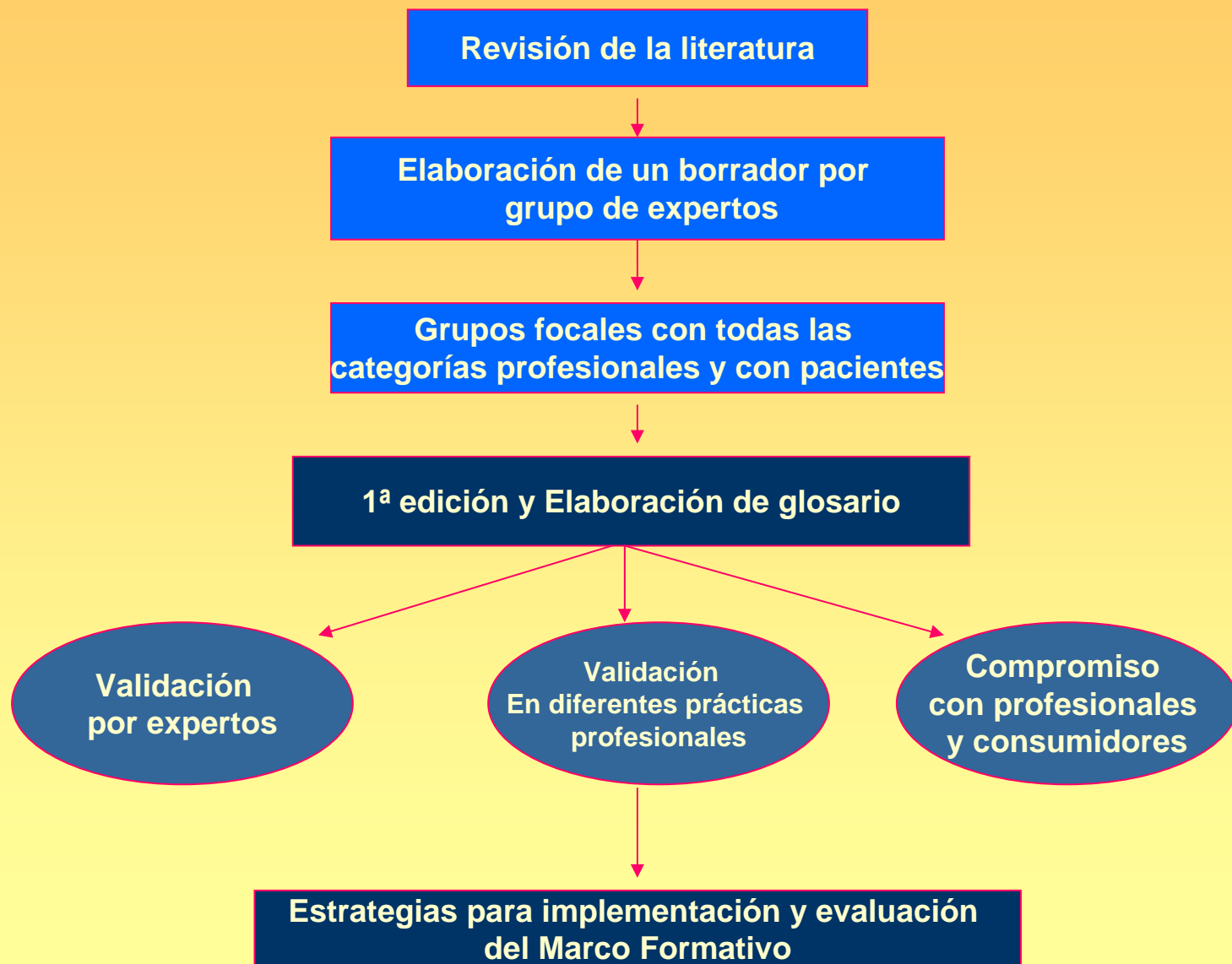
- 2003-2007:
 - 28 actividades formativas.
 - Rango horario:15-125 horas docentes.
 - **1.130 horas.**
 - **656** participantes.
 - 201 profesionales de Atención Primaria (30.6%)
- Evaluaciones de las actividades:
 - Ausencia de orientación hacia la AP (25 evaluaciones)
 - Necesidad de presentar más experiencias en el campo de la Atención Primaria(15)
 - “ Si el 50% de los problemas se inician en AP, por que las soluciones son del ámbito hospitalario “?

La necesidad de unir capacitación a práctica profesional e investigar sobre ello

- Establecimiento de nuevos marcos educativos
- Utilización de nuevos instrumentos para el aprendizaje.
- Orientación hacia la evaluación formativa

El desarrollo de un Marco de Formación

The National Patient Safety Education Framework



Desarrollo de áreas de aprendizaje.

(MM Walton et al. Qual Saf health Care 2006;15:437-442)

- **Comunicar de forma efectiva.**
 - Implicar a los pacientes en la toma de decisiones.
 - Comunicar riesgos.
 - Comunicar honestamente después de un efecto adverso.
 - Obtener consentimientos.
 - Ser receptivo y respetuoso
- **Identificar , prevenir y gestionar efectos adversos :**
 - Reconocimiento y registro.
 - Gestionar riesgos.
 - Comprender los errores
 - Gestionar las reclamaciones
- **Utilizar las pruebas científicas y la información:**
 - Utilizar la mejor evidencia disponible.
 - Emplear las tecnologías de la información para mejorar la seguridad
- **Trabajar de forma segura.**
 - Liderazgo y trabajo en equipo.
 - Comprender el factor humano.
 - Entender la complejidad de las organizaciones.
 - Favorecer la continuidad de la atención.
 - Gestionar la fatiga y el estrés.
- **Comportarse éticamente.**
 - Mantener la buena práctica
 - Comportamiento ético
- **Aprendizaje continuo** (docente y discente)
- **Aspectos específicos** (seguridad en la utilización de medicamentos)

Fases del marco educativo

(MM Walton et al. Qual Saf health Care 2006;15:437-442)

- **Clasificación en cada tipo de competencia:**
 - **Area de aprendizaje (Learning Area)**
 - **Tema de aprendizaje (Learning topic).**
 - **Nivel de responsabilidad en la atención al paciente.**
 - **Objetivo de aprendizaje global.**
 - **Conocimiento que debería ser comprendido y demostrado antes de demostrar la competencia práctica (performance).**
- **Ejemplo:**
 - **Comunicar de manera efectiva.**
 - Implicar a los pacientes y cuidadores como “socios” en la asistencia
 - Todas las categorías
 - Una comprensión general de la importancia de respetar las peculiaridades de cada paciente
 - Conocimiento aplicado de
 - Como implicar a los pacientes en discusiones sobre seguridad
 - Como y cuando usar un intérprete

Fases del marco educativo

- **Clasificación en cada tipo de competencias:**
 - Competencia práctica que debería ser demostrada en el lugar de trabajo
 - Jerarquía de habilidades y conductas necesarias para demostrar el elemento clave de la competencia práctica
- **Ejemplo:**
 - Responder de forma adecuada a un paciente en tu lugar de trabajo
 - Demostrar habilidades en:
 - Estimular a los pacientes a a compartir información.
 - Recibir a los pacientes adecuadamente
 - Escuchar activamente y ser sensible a las opiniones de los pacientes.
 - Comprobar que los pacientes entienden la información
 - Demostrar empatía
 - Ser honrado con los pacientes.
 - Mostrar respeto
 - Cumplir protocolos de comunicación de la organización

Nuevos modelos formativos

- Definición de áreas competenciales.
- Establecer Planes de Desarrollo Personal (PDP)
- Utilización de portfolios.
 - Colección de pruebas que demuestran que el aprendizaje personal necesario para ejercer determinadas competencias ha sido completado (RCGP 1993)
- Empleo de nuevas herramientas evaluativas:
 - Audio y Videograbaciones.
 - Autoauditorías.
 - Diarios de reflexión.
 - Incidentes críticos.
 - Evaluaciones externas (colegas, pacientes,...)

Incidentes críticos

(Critical incidents reviews, event audits)

- “ Aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad, nos han sorprendido, o nos han molestado por su falta de coherencia o por producir resultados inesperados”
(Hanagan,1954)
- Es un modo de reflexionar sobre las causas y el impacto de incidentes inesperados en la práctica
- Algunos ejemplos de Incidentes Críticos:
 - Reacción adversa o interacción medicamentosa imprevista.
 - Resultados inesperados de pruebas complementarias.
 - Conflictos en la relación asistencial.
 - Cuestiones organizativas que inciden sobre nuestra práctica profesional.
 - Abordaje de situaciones incómodas para el profesional

Incidentes críticos

Método de trabajo

- **1.- Identifica y registra el incidente.**
 - Describe que ha sucedido, como le afectó al paciente, a la organización y a ti.
 - Como podría haberse evitado?
 - ¿Como podría detenerse si sucediese de nuevo?
- **2.- Preparar la revisión de la situación.**
 - Designar un evaluador externo.
 - Reservar tiempo.
 - Acordar reglas: confidencialidad, sinceridad,, no culpabilización,...
- **3.- Realizar la revisión externa.**
 - ¿ Qué sucedió? ¿Algo funcionó mal? ¿ Qué fue bien?
 - ¿Cómo afectó al paciente a la organización y a ti?
 - ¿ Podría haberse evitado?
 - ¿ Que acciones y por quien deberían tomarse para detenerlo en el futuro?
 - ¿Qué necesidad de aprendizaje se identifica?¿ Podría incluirse en un Plan de Desarrollo personal?
 - ¿Que enseñanzas son aprovechables por toda la organización?

Grupo semFYC Seguridad del paciente.

OBJETIVOS

- **“la mejora práctica respecto a la seguridad del paciente”, a través de:**
 - Proporcionar información, formación y herramientas para mejorar la SP tanto a los profesionales de la AP como a los ciudadanos.
 - Promover la investigación en SP.
 - Trabajar como campo de particular interés la seguridad de la prescripción farmacéutica.
 - Desarrollar alianzas con la Administración Sanitaria, Enfermería, las organizaciones ciudadanas, la Industria Farmacéutica y otros.
 - Integrar la cultura de la SP en el colectivo de médicos de familia y en los ciudadanos.

EL GRUPO DE TRABAJO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SEMFYC

Palacio F, Maderuelo J A, Bravo R, Minue S, Astier P. SEMFYC



Desde aquí invitamos a todos los interesados por la SP a participar en este proyecto, en la confianza de es un campo con un amplio recorrido por delante, en el que todos vamos a ser necesarios.



<http://seguridad-paciente.semfy.com/>