



La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos

Jesús M. Aranzaz^{a,*} y Yolanda Agra^b

^aServicio de Medicina Preventiva y Calidad Asistencial, Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant, Sant Joan d'Alacant, Alicante, y Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

^bDirección General, Agencia de Calidad, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, España

El pasado: ¿de dónde venimos?

Primer tiempo

No es inusual iniciar cualquier disertación sobre la calidad asistencial con una referencia al Código de Hammurabi (1692 a.C.), y tampoco lo es cuando se trata de aproximarse a una de sus dimensiones nucleares, la seguridad del paciente. Se trata del primer conjunto conocido de leyes de la historia. En él Hammurabi enumera las leyes que ha recibido del dios Marduk para fomentar el bienestar entre las gentes de su reino. De las 282 leyes, 11 se dedican a la medicina, y de ellas nos gustaría destacar la Ley 221 por su especial relevancia al tema que nos ocupa: "Si un médico curó un miembro quebrado de un hombre libre, y ha hecho revivir una víscera enferma, el paciente dará al médico cinco siclos de plata". Esta es la primera mirada a la seguridad del paciente en la que podíamos denominar etapa prehipocrática.

Segundo tiempo

De la etapa hipocrática (460 a.C.), nos gustaría destacar no su conocido aforismo *primum non nocere*, que aparece de manera aproximada en el *Corpus Hippocraticum* en la forma "para ayudar, o por lo menos no hacer daño" (*Epidemias*, Libro I, Sección II, # V), sino el primero de sus aforismos: "Corta es la vida, largo el camino, fugaz la ocasión, falaces las experiencias, el juicio difícil. No basta, además, que el médico se muestre tal en tiempo oportuno, sino que es menester que el enfermo y cuantos lo rodean coadyuven a su obra". Esta segunda mirada quiere detenerse en el binomio imprescindible para la seguridad del paciente, la atención del médico y la colaboración del paciente.

Tercer tiempo

De la tradición posthipocrática subrayaríamos las aportaciones de cuatro profesionales ejemplares en la búsqueda de la seguridad del paciente¹. Ambroise Paré (1509-1590), padre de la cirugía, supo reconocer y además publicar su error. Durante la batalla de Vilaine, Paré agotó su provisión de aceite de saúco que se utilizaba en la época para cauterizar las heridas. Improvisó un remedio a base de yema de

huevo, aceite de rosas y trementina, pensando que muchos de los heridos morirían durante la noche. Inesperadamente, los pacientes tratados con este remedio estaban al día siguiente sin fiebre ni inflamación y con poco dolor, mientras que aquellos que habían sido cauterizados, tenían "gran dolor, tumor e inflamación en torno a sus heridas". Nunca más volvió a cauterizar las heridas (*Tratamiento de las heridas por arma de fuego*).

Hacia 1825, Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), un avanzado de la medicina basada en la evidencia, introducía lo que llamó "méthode numérique". Según él "era necesario contar", era imprescindible llevar la cuantificación a la medicina. Con este método sería posible apreciar el valor de los síntomas, conocer la evolución y la duración de las enfermedades, asignarles un grado de gravedad, saber su frecuencia relativa, etc. Para Louis, además, con su método se podría valorar también la eficacia de los tratamientos; de hecho, demostró la ineficacia terapéutica de la sangría en los procesos inflamatorios recurriendo a la estadística².

Florence Nightingale (1820-1910), pionera de las prácticas de enfermería, supo reconocer el riesgo de la atención sanitaria ("Puede parecer extraño decir que el principio en un hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria") y, aplicando medidas higiénicas, reducir la mortalidad en la guerra de Crimea de un 40 a un 2%. Pero sobre todo planteó la necesidad de enseñar a los enfermos y sus familiares a ayudarse a sí mismos para mantener su independencia.

Ignaz Phillipp Semmelweis (1818-1865) demostró la iatrogenicidad del acto médico (*Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal*). Pero de él nos gustaría destacar aquí la peculiar manera por la que trató de buscar la complicidad de las pacientes para mejorar su seguridad, a través de sus octavillas: "Jóvenes: ¡estáis en peligro de muerte! La fiebre puerperal amenaza vuestras vidas. Desconfiad de los médicos porque os matarán. Mujeres que vais de parto: acordaos de que moriréis y vuestro hijo morirá también, a menos que cualquier cosa que entre en contacto con vosotras sea lavada con agua y jabón y aclarada con una solución de cloro. Yo ya no puedo acudir a los médicos y, por tanto, apelo a vosotras. Protegeos vosotras mismas".

Ernest Codman (1869-1940), padre de la calidad asistencial, destacó por realizar el esfuerzo sistemático de seguir a cada uno de sus pacientes después de los tratamientos y registrar el resultado final de sus cuidados como médico. En particular, registró los errores de diagnóstico y tratamiento, ligándolos a los resultados finales de los pacientes para hacer mejoras. En desacuerdo con la carencia de tal evaluación de los resultados del Mass General Hospital donde traba-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aranaz_jes@gva.es (J.M. Aranzaz).

jaba, decidió fundar su propio hospital, que llamó "Hospital de los Resultados Finales". Entre 1911 y 1916, registró 123 errores y los clasificó, según un esquema propio, agrupándolos en errores debidos a la carencia de conocimientos o habilidades, juicio quirúrgico, carencia de equipos o cuidados y ausencia de herramientas diagnósticas. Consideró que existían "calamidades" de la cirugía o accidentes y complicaciones de las cuales no se tenía ningún control conocido. Codman hacía públicos sus errores a través de un informe anual, que repartía a otros hospitales de Estados Unidos desafiándoles a hacer lo mismo, con el fin de que los pacientes pudiesen enjuiciar la calidad y los resultados de los cuidados médicos. En uno de esos errores, Codman describe haber ligado el conducto hepático común de un paciente, lo que lo llevó a la muerte: "He cometido un error de habilidad del más grueso calibre e incluso (durante la operación) he fallado en reconocerlo"³.

Cuarto tiempo

En los años cincuenta del siglo xx se publicaron los primeros estudios sobre los riesgos de la hospitalización y los errores médicos, y destaca la contribución de los anestesiólogos alertando sobre la necesidad de evaluar los métodos empleados para prevenir las muertes relacionadas con la anestesia⁴. La contribución de estos estudios y otros posteriores permitió la implementación de prácticas seguras que han logrado reducir de forma espectacular la muerte relacionada con anestesia en los últimos 25 años.

Al mismo tiempo, los estudios epidemiológicos han contribuido de forma especial al conocimiento sobre la frecuencia del daño asociado a la atención sanitaria. Schimmel^{5,6}, llamó la atención tempranamente sobre los riesgos de la hospitalización y Brennan, en 1984, aportó una metodología para el estudio de los eventos adversos que se replicaría en todo el mundo⁷. Gracias a estos estudios hoy conocemos mejor la frecuencia de los eventos adversos y sus determinantes⁸.

El futuro: ¿hacia dónde vamos?

El espectacular desarrollo de la atención sanitaria en los últimos 20 años ha permitido restablecer la salud en situaciones impensables anteriormente, pero al mismo tiempo su gran complejidad tecnológica y la interacción entre diferentes actores suponen una situación de mayor riesgo para los pacientes⁹. Los ciudadanos ayudados por las tecnologías de la información han ido adquiriendo conocimientos, no siempre válidos, sobre las enfermedades y los posibles tratamientos, y llegan a cuestionar más que nunca la actuación de los profesionales sanitarios, que en muchas ocasiones no son capaces de responder a este nuevo reto. La formación médica se ha hecho más especializada y más técnica, y deja de lado conocimientos y habilidades esenciales que faciliten la comunicación efectiva de los equipos de trabajo y la adecuada interacción con el paciente.

Los fallos de comunicación entre los profesionales son la causa principal de los eventos centinela y los fallos en la comunicación con los pacientes favorecen que ocurran eventos adversos y una mayor frecuencia de reclamaciones y litigios. Los pacientes que han podido manifestar a su médico sus dudas o preocupaciones informan hasta 8 veces menos efectos indeseables o inesperados del tratamiento (*odds ratio* = 8,52; intervalo de confianza del 95%, 6,43-11,29; $p < 0,0001$)¹⁰.

En resumen, podemos decir que a pesar del desarrollo de estrategias específicas en seguridad del paciente, la cultura de seguridad no ha calado suficientemente en las organizaciones sanitarias. Estrategias para desarrollar el liderazgo y el trabajo en equipo para lograr cuidados seguros, esenciales en otras empresas consideradas de alto riesgo, no son la norma en el ámbito sanitario. Los eventos adversos, cuando se producen, siguen siendo analizados desde la perspectiva de la culpabilidad y no del análisis del sistema para aprender a prevenirlos. En esta situación, los profesionales sanitarios, al no verse protegidos de posibles demandas, en ocasiones reaccionan practicando una "medicina defensiva" y ocultando los posibles errores detectados.

En el marco de una sanidad cada vez más globalizada, nos enfrentamos al reto de ofrecer una atención sanitaria más segura donde la comunicación efectiva entre profesionales y de éstos con los pacientes para aprender de los errores se imponen como una herramienta clave de mejora.

Es necesario que trabajemos juntos políticos, gestores, profesionales y pacientes para impulsar ese cambio de cultura que permita desarrollar actitudes y estilos de trabajo orientados a la reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria. Los pacientes y los ciudadanos, en general, lo merecemos.

Bibliografía

1. Rovetto P. La seguridad del paciente en la historia. I Simposio Internacional de Seguridad del Paciente. Cali, Colombia, 11 y 12 de marzo.
2. Louis PCA. Recherche sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires. Archives Générales de Médecine. 1828;18:321-36.
3. Neuhauser D. Heroes and martyrs of quality and safety. Ernest Amory Codman. Qual Saf Health Care. 2002;11:104-5.
4. Beecher HK, Todd DP. A study of the deaths associated with anesthesia and surgery. Ann Surg. 1954;140:2-34.
5. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med. 1964;60:100-10.
6. Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Qual Saf Health Care. 2003;12:58-64.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324:370-6.
8. Gea-Velázquez de Castro MT, Aranaz-Andrés JM. Eventos adversos asociados a la asistencia del paciente pluripatológico ingresado en hospitales de crónicos. Med Clin (Barc). 2010;135 Supl 2:17-23.
9. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:41-7.
10. Mira JJ, Aranaz JM, Vitaller J, Ziadi M, Lorenzo S, Rebas P, et al. Percepción de seguridad clínica tras el alta hospitalaria. Med Clin (Barc). 2008;131:12-7.