



# Errores de seguridad en Atención Primaria

Vicente Villatoro Jiménez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
UGC San Andrés Torcal. Málaga.

### Puntos clave

- La perfección en la medicina es un ideal. Hemos de aprender a convivir con los errores.
- Los errores de seguridad son resultados no intencionados de actuaciones sanitarias inadecuadas.
- Estos son en Atención Primaria (AP) relativamente comunes, poco graves y prevenibles.
- Constituyen un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y posibilidad de prevención.
- La relación entre personas depende de la calidad de la comunicación, también en seguridad.
- Para estudiar los errores es preciso su declaración. Si no se reconocen, difícilmente se podrán mejorar.
- Para evitar errores en la toma de decisiones, ayuda un sistema de reflexión guiado.
- La contribución del personal de enfermería es importante en la detección de errores. Se debe afrontar desde la interrelación de forma realista.
- Para implantar un sistema en seguridad, hay que cambiar nuestra visión. Ayuda un diagrama de fuerzas.
- Existe evidencia para realizar actividades de prácticas seguras en AP.

### Errores y fallos de seguridad: ¿hay que hablar de ellos?

El ser humano es falible y, por lo tanto, comete errores. Estos ocurren cuando se está aprendiendo, realizando actividades nuevas, también en la rutina o en situaciones en que se baja la guardia (por enfermedad, cansancio, preocupaciones, saturación de tareas, cambios incesantes de actividad, etc.). Sí, es humano errar.

Los profesionales de la salud son personas, seres humanos imperfectos, y, por tanto, pueden cometer errores. No son distintos a otras personas.

Cualquier error tiene unas consecuencias, para uno mismo y para los demás. Lo que hace especial errar en medicina es que se trabaja en un área tan sensible como es la salud.

No se debe olvidar que el sistema moderno de salud es una de las actividades más complejas a las que se dedica el ser humano.

Esto es así ya que varios profesionales pueden ver a un mismo paciente, con una o varias dolencias, en infinidad de escenarios clínicos. Para su estudio, se usa tecnología complicada. Para su diagnóstico y terapia, pueden existir varias opciones. En el tratamiento se usan fármacos poderosos y técnicas delicadas que pueden por sí mismas provocar graves lesiones, casi siempre bajo presión, falta de tiempo y con una alta carga emocional de pacientes y familiares.

Cada uno de los profesionales, pacientes, familiares, dirección... tiene necesidades, expectativas y prioridades distintas, a veces contrarias. Esto precisa una comunicación fluida y acuerdos. Todos quieren más y mejor, pero no hay dinero suficiente. Por eso en los sistemas de salud de los países ricos se está viviendo una crisis estructural y financiera para buscar la sostenibilidad del sistema. En ocasiones se encuentran servicios ineficientes, fuertemente burocratizados, impersonales y muy alejados de la persona real a la que se está sirviendo.

Además, la sociedad no suele aceptar que el sanitario pueda equivocarse. Los medios de comunicación, en ocasiones, han contribuido negativamente con reportajes sensacionalistas que relacionan un posible error médico con la culpabilidad sin una opinión instruida de los hechos.

Por lo tanto, la perfección en la medicina es un ideal no siempre posible. No se puede exigir, en definitiva, lo que no se exige a nadie. La máxima «*Primum non nocere*» es inherente al médico, pero el ejercicio de la medicina tiene riesgos aun en los mejores escenarios.

El estudio del error humano tiene poco más de 30 años. Las industrias nuclear y aeroespacial son pioneras del tema y han cimentado el estudio del error médico.

Tal vez el reto más urgente de la medicina actual es doble: por un lado, combinar la sostenibilidad y la equidad social, y por otro, colocar a la persona en el centro de la atención en todas sus dimensiones. Se trata de una crisis de crecimiento, en la que estudiar y gestionar los errores permite hacer más humanos a los que trabajan en el sistema de salud. Por este motivo se revisan los errores de la seguridad haciendo énfasis en que la mayoría de los lectores de

este artículo son profesionales de la salud y trabajan en una consulta.

## Definición de errores de seguridad. Empiezan las dificultades

No hay una definición unánime aceptada por todos.

Aquí se usa la propuesta por la Patient Safety Foundation<sup>1</sup>, que indica que error de seguridad es: «un resultado no intencionado causado por un defecto en el cuidado de la salud de un paciente». Desgranando esta definición:

- **Causa** → actuaciones sanitarias inadecuadas en el proceso asistencial. Son nuestras acciones, omisiones, confusiones, despistes, retardos, fallos en la coordinación, etc.
- **Intencionalidad** → no existe. No hay deseo de errar ni dañar a un paciente. Tampoco nos gustaría que volviera a ocurrir.
- **Lugar, persona y tiempo donde se produce** → variable. Aunque se producen en el conjunto del sistema sanitario, para su estudio y abordaje es preciso ir al nivel, persona o actividad donde ocurre.
- **Consecuencias** → variables. Puede haber un error de seguridad sin consecuencias. Estas afectan a la esfera física, psíquica, funcional, administrativa, relacional, económica, jurídica, etc. Su importancia y gravedad dependen de quien las valore (paciente, familia, profesional, organización). Algunos de los efectos más comunes para los pacientes son referidos a síntomas, enfermedades, secuelas, e incluso la muerte. En ocasiones se asocian a desconfianza, temor, miedo, sufrimiento, baja autoestima, juicios, etc. En los sanitarios, el error hace que se sientan cuestionados en su integridad y capacidad profesional, y lesionados en su prestigio. A menudo, se provoca falta de confianza y temor que favorecen una práctica médica defensiva. El sistema sanitario asume los sobrecostes, sobre pruebas, citas y consultas innecesarias.

## Por tanto, un error de seguridad no siempre es:

**Fallo en la calidad asistencial.** En esta se habla de distintas dimensiones o aspectos desde donde se puede analizar. Uno de ellos es la seguridad, pero existen otras como la competencia profesional, accesibilidad, eficiencia, eficacia, satisfacción, etc. En este trabajo hablamos de errores de seguridad.

**Problema en la atención prestada.** Para los pacientes, la mayoría de las situaciones inesperadas implican un error médico, pero estas pueden darse sin que lo haya. Así ocurre, por ejemplo, en situaciones de variabilidad biológica

(respuesta variable por el uso de un antibiótico en una descompensación aguda de enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave); evolución natural de la enfermedad (cuadro inicial respiratorio de vías superiores que al día siguiente se manifiesta como neumonía); efecto secundario (tos persistente ante el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o unas expectativas no razonables (mejora de los síntomas depresivos en un corto espacio de tiempo).

**Denuncia o litigio.** En algunos países, existen fuertes presiones por parte de los abogados para judicializar los errores y buscar compensaciones económicas. En España, esta tendencia está creciendo. Los seguros médicos, de los que todos los sanitarios deberían disponer al ejercer su profesión, vinculan el número de casos y condenas con la prima que hay que abonar.

**Error de medicación.** Los fármacos son la causa más común de errores en la profesión médica. Hay otros vinculados a impericia, errores diagnósticos, etc. Hoy se habla de «seguridad» como un concepto global que abarca eficiencia, seguridad del cuidador, reactividad de los cuidadores y satisfacción del paciente y sus familiares.

**Responsabilidad exclusiva del profesional.** Es verdad que en ocasiones hay errores del profesional subjetivos, no reconocidos, de actitud o por falta de capacidades. Hoy la tendencia en las organizaciones sanitarias es hablar de errores sistémicos, donde la propia organización pone sistemas que detectan los errores y tratan de corregirlos o evitarlos. Entre ellos destaca el sistema *poka yoke*, en donde el propio diseño impide una confusión. Se está ya aplicando en la prescripción informatizada o electrónica. Esto ha dado lugar a una nueva disciplina de los cuidados de salud: *la seguridad de los pacientes*. Esta enfatiza la declaración, el análisis y la prevención de los errores que a menudo provocan eventos adversos.

**Error médico.** Han surgido algunos términos relacionados («efecto adverso», «incidente», «problema en atención») para eliminar la idea de culpabilización que conlleva el término de error, especialmente si se buscan las causas y soluciones solo en el profesional.

**Evento centinela.** Este se refiere al tipo de error de seguridad que causa consecuencias graves, que lleva a investigar y a una respuesta inmediata. Por ejemplo, una caída por una solería despegada en la entrada al centro de salud que provoca una fractura.

## Peculiaridades del error de seguridad en Atención Primaria

La AP tiene características distintas a otros niveles asistenciales, y esto condiciona los errores de seguridad. Algunas de estas características son:

- **Propias de este nivel de atención.** AP es el filtro de entrada a otros niveles y la conexión entre todos. En una revisión sistemática se describió que el 47% de los errores médicos está causado por los siguientes fármacos: metotrexato, warfarina, antiinflamatorios no esteroideos, digoxina, opioides, ácido acetilsalicílico y betabloqueadores. Con un manejo adecuado de estos fármacos se pueden minimizar hospitalizaciones, hospitalización prolongada, discapacidad, condiciones peligrosas para la vida y la muerte en casi un 50%<sup>2</sup>. El 90% de las gestantes estadounidenses consumen fármacos durante el embarazo. La mayoría de ellas son asistidas en AP y es aquí donde se ha de mejorar la seguridad con las prácticas basadas en la evidencia<sup>3</sup>.
- **Demandas.** Los profesionales son consultados por múltiples motivos. Manejan situaciones en estados iniciales de las enfermedades, con manifestaciones poco definidas donde no siempre es posible llegar a un diagnóstico. Además, es sabido que desde la relación con el otro es posible comprender los problemas y resolverlos. Por ello, los profesionales han aprendido a indagar y estudiar a los sujetos en diferentes contextos (sanitario, emocional, familiar, social, económico, espiritual, etc.). Ello requiere habilidades sociales y de entrevista. Está claro que todo acto sanitario es la interacción entre personas, al menos entre dos personas, cuya relación depende de la calidad de la comunicación, también en seguridad. De hecho, Lang, en una revisión sistemática<sup>4</sup>, destaca que los factores de comunicación entre profesional y usuario (definida como aquella donde se comprenden expectativas y límites de cada uno) desempeñan un papel importante en la ocurrencia de efectos adversos y en la percepción de la gravedad. Es decir, si hay buena comunicación, hay menos errores, y si aparecen, son percibidos como menos graves.
- **Papel del paciente en la seguridad.** En una revisión sistemática<sup>5</sup> se demostró la amplia variedad de problemas detectados por los usuarios (principalmente errores de medicación, comunicación y coordinación). Todavía no hay evidencia suficiente para establecer estrategias y medios de participación<sup>6</sup> de los pacientes. No obstante, en AP se suele escuchar a los pacientes y hablar con ellos. Conocer las experiencias de los pacientes es crucial para mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica. El diálogo con ellos enriquece a todos los profesionales que trabajan para ellos, pues ellos también son una fuente de riqueza al mostrarles conocimientos y habilidades que adquirir y áreas que mejorar.
- **Propias emociones.** Cada profesional, como cualquier persona, tiene miedos, problemas de autoestima, carencias afectivas o emocionales o escasas habilidades en comunicación. Es sabido que el estado de ánimo influye en los comportamientos y los pensamientos, y todo ello, en los errores. En una revisión sistemática<sup>7</sup> se han descrito varios elementos que predicen los comportamientos, pero el más influyente es la norma subjetiva. Parece lógico pensar que se deben empezar a modificar los pensamientos y las normas si se quiere llegar a controlar los sentimientos y las conductas. Estas distorsiones inconscientes se suelen reducir con autoanálisis, observación de reacciones ajenas, *feedback* de otros o pidiendo opinión.
- **Toma de decisiones y seguridad.** En un metanálisis se ha encontrado que los médicos de AP tienen una duda cada dos pacientes, buscan respuestas a la mitad de estas y suelen encontrar las respuestas en un 80% de los casos. En conjunto, solo se responden el 40% de las preguntas que se realizan. Los clínicos se quejan de la falta de tiempo para buscar respuestas<sup>8</sup>. Cuando las preguntas clínicas no se responden según evidencias, se está promoviendo una gran variabilidad en las decisiones, con su impacto en la utilización de recursos, y consecuencias diversas. Esto condiciona la aparición de errores de seguridad y errores diagnósticos. Se ha señalado que el modelo de doble proceso de razonamiento (analítico y no analítico) se usa en la toma de decisiones. En una revisión sistemática<sup>9</sup> se han descrito distintas estrategias para mejorar el razonamiento diagnóstico y reducir los errores diagnósticos. Estas son: intervenciones educativas, *checklist*, estrategias cognitivas e instrucciones sobre usos de test diagnósticos. Resaltan especialmente los sistemas de reflexión guiados para disminuir los errores diagnósticos. Estos consisten en usar para el diagnóstico de los casos unas guías que muestran un proceso de reflexión estructurada ante esa situación en lugar de actuar ante las primeras impresiones. A pesar de ello, es importante reconocer los límites de cada uno. Desde esa aceptación tiene sentido abordar la dolencia del paciente y la toma de decisiones compartidas. Así, ambos asumen sus propias responsabilidades.
- **Papel de enfermería.** En AP se trabaja en equipo. En una revisión narrativa se resalta la contribución de los profesionales de enfermería en la divulgación de incidentes, sus beneficios y las barreras encontradas, así como los apoyos que se necesitan<sup>10</sup>. Aún se desconocen los factores individuales y organizativos que influyen en la capacidad de enfermería para corregir los errores<sup>11</sup>. Por lo tanto, las relaciones entre profesionales y del equipo se deben afrontar de forma realista y no ingenua en un concepto positivo de estas. Se debe procurar «hacer por el otro lo que el otro hace por mí», pues todos están interrelacionados, y las consecuencias de la colaboración son para todos.

## ¿Los errores de seguridad son un problema de salud pública?

Los errores de seguridad aparecen en cualquier profesional, nivel asistencial y actividad. Aquí nos centraremos en

AP. Para responder a esta pregunta, valoraremos los siguientes elementos:

### Prevalencia de eventos adversos y seguridad en Atención Primaria

En una revisión sistemática internacional de AP<sup>12</sup>, Panesar apunta que los errores de seguridad son relativamente comunes: entre 1-24 incidentes de cada 100 pacientes atendidos, con una media de 2-3 incidentes de cada 100 consultas. En el 96% no se provocan daños graves al paciente. Los tres tipos de errores más comunes son administrativos y por comunicación; diagnósticos y de manejo de fármacos. Los errores en diagnóstico y prescripción son los más propensos a provocar daños evitables.

En España, la prevalencia observada de eventos adversos fue del 11,18‰ de las consultas de AP (intervalo de confianza [IC] 95% 10,52-11,85) (estudio APEAS<sup>13</sup>). La prevalencia de pacientes con algún evento adverso fue del 10,11‰. Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un evento adverso. El 54,7% de los eventos adversos se consideraron leves, el 38,0%, moderados y el 7,3% graves.

El 47,8% de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación, el 8,4% con infecciones asociadas, el 10,6% con algún procedimiento y el 6,5% con los cuidados. La mayoría de los eventos adversos (64,3%) se consideraron prevenibles y solo el 5,9% fueron graves, la mayoría relacionados con la medicación<sup>14</sup>. Su abordaje es coste efectivo tanto para errores de medicación<sup>15</sup> como para errores diagnósticos en AP (tabla 1).

### Opinión de los usuarios

El Barómetro Sanitario, en una encuesta realizada en 2010, reveló que el 11,7% de los preguntados referían haber sufrido ellos o sus cuidadores un error durante la consulta con el especialista, el 11,5% durante el ingreso

hospitalario, el 9,6% en la consulta de AP y el 8% en urgencias<sup>13</sup>.

### Costes

No se han encontrado trabajos que evalúen los costes de los errores de seguridad en AP. En pacientes hospitalizados durante 2011, los costes de la no seguridad supusieron 2.474 millones de euros para el Sistema Nacional de Salud (SNS), relacionados con la medicación, la infección nosocomial y los procedimientos quirúrgicos<sup>13</sup>.

### Evidencia de aplicar prácticas y procedimientos seguros

Hay evidencia, de moderada y alta calidad, según el incidente analizado. Sin embargo, es escasa la investigación sobre la implementación y evaluación de dichas prácticas. Dicho de otro modo: se sabe lo que hay que hacer, pero no se sabe si se hace como se debería<sup>16</sup>.

Por todo lo anterior, cabe concluir que los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria son un problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y posibilidad de prevención.

### Sistemas de notificación y aprendizaje. ¿Cómo conocer algo más de los errores?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 2012<sup>17</sup> distintas recomendaciones prioritarias para mejorar la seguridad del paciente en AP (tabla 2). Dentro de las que están al alcance de los profesionales, además de la formación, al parecer de los autores de este artículo, estas pasan por la declaración y análisis de los profesionales.

### Declaración y recogida de errores

Sin el reconocimiento del error difícilmente se pueden poner los medios para evitar que los daños/lesiones sean

TABLA 1

#### Estudios españoles sobre la frecuencia de eventos adversos en diferentes ámbitos asistenciales<sup>13</sup>

Estudio	Año de recogida de datos	Tipo de estudio	Ámbito	EA total (porcentaje de pacientes)	EA más frecuentes	Porcentaje de EA prevenibles
APEAS	2007	Prevalencia	48 centros AP	10,11‰	Medicación (47,8%) Peor curso evolutivo de la enfermedad de base (19,9%) Procedimientos (10,6%)	70%
EVADUR	2009	Prospectivo	21 servicios de urgencias	7,2%	Proceso de atención (46,2%), medicación (24,1%) y procedimientos (11,7%)	70%

AP: Atención Primaria; APEAS: Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria; EVADUR: eventos adversos en urgencias; EA: evento adverso.

TABLA 2

### Recomendaciones prioritarias para mejorar la seguridad del paciente en Atención Primaria

Formación de los profesionales en seguridad del paciente
Promover estudios de seguridad del paciente utilizando diferentes metodologías
Desarrollar políticas para promover la seguridad del paciente en Atención Primaria
Mejorar las definiciones sobre errores y su clasificación
Facilitar el aprendizaje de los errores
Asegurar que los sistemas para mejorar la seguridad de los pacientes en Atención Primaria se ponen en práctica

OMS, 2012<sup>17</sup>.

definitivos e irreparables, ni reparar los daños o pedir perdón por ellos. Tampoco probablemente será posible aprender, hacer estudios, ni mejorar sus definiciones.

Se empieza por su declaración, cualquiera que lo detecte. Hoy en día los sistemas de declaración en AP son escasos y poco usados. Algunos métodos de detección son la notificación voluntaria de incidentes, el registro de historias clínicas y de intervenciones farmacéuticas, las técnicas de observación, la monitorización de señales de alerta, los sistemas automatizados de detección y alerta de acontecimientos adversos. En una reciente revisión sistemática no se ha encontrado fuerte evidencia de cuáles son los mejores sistemas de declaración. Se sabe que los sistemas de recogida de incidentes suelen ser más eficaces si son explícitos; si son conducidos por un equipo clínico y son parte de un programa de seguridad de la organización<sup>18</sup>. En AP se ha propuesto un sistema de clasificación explícita de seguridad (LINNEO) que unifica términos y tipos de incidentes, y un sistema de declaración de incidentes de seguridad para AP para toda Europa (LINNEAUS); gratuito y que puede ser modificado para un contexto local<sup>19</sup>. También el Ministerio de Sanidad y Seguridad ha impulsado el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP)<sup>20</sup>. Por lo tanto, hoy en día se tiende a que en cada centro de salud exista un sistema de notificación de errores no punitivo, voluntario, anónimo, confidencial, claro y sencillo. Estaría abierto a cualquier personal (sanitario, pacientes, cuidadores o familiares).

### Análisis y estudio de los errores

Esto es importante para conocer la frecuencia y las características de los errores, lo que posibilitará desarrollar medidas eficaces de prevención y que aprendan tanto la organización como el profesional. La idea principal es crear un proceso donde sea imposible que haya errores.

Es conveniente disponer de un responsable que coordine y dinamice, un sistema de registro, un plan de análisis, objetivos específicos e indicadores de evaluación. Distintas herramientas básicas de calidad ayudarían a implantar este proceso, monitorizarlo y solucionar cualquier problema. Cabe destacar:

- Para la recogida de datos: hojas de control con frecuencias y tablas e histogramas.
- Para el análisis del problema: estratificación de datos, histogramas, diagrama de flujo, gráficos de Pareto y el diagrama de causa y efecto.
- Para buscar soluciones y hechos relacionados con el problema sirve la técnica de grupo nominal, tormenta de ideas, diagrama de afinidad, diagramas de interrelación, diagrama de árbol y los diagramas de flechas.
- Para implantación de acciones son de ayuda los cronogramas y análisis de campos de fuerzas.
- Se usará el método PDCA (de las siglas en inglés *Plan, Do, Check, Act*, que significa planificar, hacer, verificar y actuar) por ser conocido, sencillo, y fácil, teniendo en cuenta sus fallos y limitaciones<sup>21</sup>. En la [tabla 3](#) se sugieren algunas ideas para comprender su origen y las posibles soluciones.

### Aspectos especiales relacionados con la mejora de la seguridad en Atención Primaria

Las estrategias internacionales en seguridad del paciente, en todo sistema sanitario, se orientan principalmente en dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras, que se desarrollan a continuación.

### Cambio cultural de los profesionales

Aunque no existe evidencia clara sobre la relación de la cultura de seguridad con la prevención de eventos adversos, algunos estudios encuentran correlación entre el clima positivo de seguridad y la mejora de la implementación de prácticas seguras y mejores resultados clínicos. No obstante, se trabaja en fomentar la cultura de seguridad. En España, el Plan de Calidad para el SNS 2005-2009 promovía: «mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS». El Ministerio de Sanidad ha propuesto una nueva estrategia de seguridad 2015-2020<sup>15</sup> para que se implante en las comunidades autónomas como ocurre en Andalucía. Ahí se indica la importancia del cambio cultural y de la visión de la atención. Para ello se propone realizar un diagrama de fuerzas.

Esta representación gráfica permite analizar las fuerzas que actúan sobre una persona, organización o sistema; ayuda a reflexionar, facilita el descubrimiento de fuerzas

TABLA 3

**Clasificación de los tipos de errores. Aplicando la epidemiología para un mejor análisis**

Origen	Categorías de errores	Algunas características
Cómo se produce el error	Error de no posibilidad	Suelen ser por problemas de medios o de organización
	Error de inercia	Por cansancio o no plantear las cosas
	Error latente	Hay un defecto presente en el sistema
	Error activo	Ante un error se deben asumir y evitar que tenga consecuencias en todos, sin olvidar las emocionales
Dónde aparece el error (respecto a personas y tareas)	En ciertos profesionales y específico de una tarea	Suele ser un problema de técnica, de competencia o de habilidad
	En ciertos profesionales y no específicos de tareas	Suelen ser problemas de actitud Hay varias causas y su abordaje es difícil
	No reproducible en ciertos profesionales, pero sí específico de tareas	Suelen ser organizativos Son los más frecuentes
	No reproducible en ciertos profesionales ni ciertas tareas	Por inadvertencia Ayudan los recordatorios y avisos
En quién aparece (en qué pacientes se detectan errores)	Hiperconsumidores o que vienen mucho	Suelen ser por sobreatención y no valorar la evidencia Son muy frecuentes y costosos
	No acuden	No hacer lo que se ha demostrado que es útil Son muy frecuentes y fáciles de abordar
	Subgrupos	No hacer lo previsible Son poco frecuentes, pero costosos
Cuándo aparece (frecuencia de aparición)	Ocasional	Son aleatorios y deberían ser solucionados por quienes los identifican
	Recurrente	Suele ser organizativo o por competencia profesional o medios insuficientes Debería ser abordado por un equipo de mejora
	Crónico	Suele ser puntual, de actitud, y debería ser abordado por la dirección

desconocidas que ayudan o impiden la presencia de un hecho, y es una potente herramienta estratégica para el cambio. Parte del principio de que los incidentes están presentes por el equilibrio de dos grupos de fuerzas. Unas que promueven el cambio (fuerzas impulsoras o favorecedoras), otras que procuran mantener la situación actual (de resistencia o de obstáculo). Si las fuerzas de resistencia son superiores a las favorecedoras de cambio, no habrá deseo de cambio. El proceso de su realización se resume en la [tabla 4](#).

Para proponer medidas concretas para modificar estas fuerzas, se aconseja implementar actividades que debiliten, primero, la resistencia y más tarde implementar aquellas que potencien los elementos favorecedores. A nivel general, en la [tabla 5](#) se describen algunos factores,

principalmente del profesional, que orientan al error como obstáculo o como un elemento favorecedor de la seguridad.

La idea del error, creencias, pensamientos-emociones-comportamientos de los profesionales, la relacionalidad entre todos, el bien común, el respeto de la persona, la reciprocidad, pensar en el otro son solo algunos elementos que pueden expresar una serie de dinámicas que entrelazadas enriquecen, dan unidad y ulterior sentido a la seguridad en sanidad.

Instaurar la seguridad en sanidad es un reto, pero también una tarea, una provocación y un objetivo para todo aquel que quiera comprometerse en favor de una sociedad segura, compleja y globalizada.

TABLA 4

## Pasos para realizar un análisis de fuerzas en los errores de seguridad

1. Describe la situación actual
2. Describe la situación deseada
3. Cómo puede evolucionar la situación actual si no se toman medidas
4. Enumera todas las fuerzas que conducen el cambio hacia la situación deseada
5. Enumera todas las fuerzas que resisten el cambio hacia la situación deseada
6. Discute e interroga a todas las fuerzas: ¿son válidas?, ¿pueden ser cambiadas?, ¿son críticas?
7. Asigna una puntuación a cada una de la fuerzas usando una escala numérica (1 si es débil y 10 si fuerte)
8. Planea las fuerzas. Enumera por columnas las fuerzas impulsoras y las que refrenan
9. Determina si el cambio es viable y si puede haber progreso
10. Cómo puede verse afectado el cambio disminuyendo la potencia de las fuerzas que refrenan o aumentando las impulsoras
11. Recuerda que la modificación de la potencia de las fuerzas puede aumentar, disminuir o crear nuevas fuerzas

TABLA 5

## Factores del individuo que dificultan o favorecen el cambio hacia la seguridad

	Errores de seguridad	
	Factores que dificultan	Factores que favorecen
Hecho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visto como obstáculo o resistencia de cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visto como elemento impulsor o favorecedor de cambio</li> </ul>
Idea de error	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inaceptable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Real y posible</li> </ul>
Cultura del error	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se esconde por miedo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se comunica para aprender</li> </ul>
Pensamiento del profesional ante el error	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «¿Por qué me pasa a mí?»</li> <li>• «Espero que no me pillen»</li> <li>• «Los profesionales no se equivocan»</li> <li>• «Me siento horriblemente mal»</li> <li>• «Tenía que haber prestado atención»</li> <li>• «Me voy a convertir en un inútil»</li> <li>• «Solo hago sufrir»</li> <li>• «Soy un desastre»</li> <li>• «Todo me sale mal»</li> <li>• «La atención prestada carece de sentido. Me equivoqué»</li> <li>• «No tendría que haber pasado»</li> <li>• «Sabía que me iba a pasar»</li> <li>• «Las consecuencias de mis fallos serán...»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Nos puede pasar a todos»</li> <li>• «Me gustaría que me hubieran alertado»</li> <li>• «Los profesionales aprenden de los errores»</li> <li>• «Puedo hacer algo más que quejarme»</li> <li>• «Debería haber prestado atención»</li> <li>• «¿Cómo iba a pensar que pasaría esto?»</li> <li>• «Con frecuencia hago actividades positivas»</li> <li>• «En ocasiones hago cosas desastrosas»</li> <li>• «La mayoría de las veces me sale bien»</li> <li>• «La atención prestada tiene sentido. Reconozco mis errores»</li> <li>• «Es posible que ocurra. No soy perfecto»</li> <li>• «¿Tenía suficiente información?»</li> <li>• «¿Conozco realmente las consecuencias?»</li> </ul>
Emociones del profesional ante un error	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia</li> <li>• Preocupación</li> <li>• Temor a reacciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer</li> <li>• Aceptar que somos limitados</li> <li>• Disculparse</li> </ul>
Comportamiento del profesional ante un error	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huida</li> <li>• Ocultar</li> <li>• Bloqueo</li> <li>• Protección con medicina defensiva</li> <li>• No registrarlo para que no se sepa</li> <li>• Queja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontar</li> <li>• Poner en luz</li> <li>• Analizar la causa del bloqueo</li> <li>• Manejo correcto para evitar que vuelva a pasar</li> <li>• Registro adecuado para proteger al paciente</li> <li>• Hacer algo para mejorar</li> </ul>
Factores que condicionan su presencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «No tengo tiempo»</li> <li>• «Estoy sobrecargado»</li> <li>• Trabajo individual</li> <li>• No comunicar</li> <li>• «Carezco de habilidades sociales»</li> <li>• Hay gran cantidad de conocimientos</li> <li>• Buscar resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Busco personas, medios que ayuden</li> <li>• Descansar</li> <li>• Observar la reacción ajena. Pedir <i>feedback</i></li> <li>• Comunicar, autoanálisis, pedir opinión</li> <li>• Indagar cuáles han sido las causas y cómo mejorar</li> <li>• Seguir protocolos-guías, hacer búsquedas</li> <li>• Buscar la relación entre la causa y el efecto</li> </ul>

TABLA 6

Prácticas seguras recomendadas por distintas organizaciones internacionales<sup>22</sup>

	Agency for Healthcare Research and Quality Evidence for PSP (2013)	National Quality Forum PSP for better healthcare (2010)	Joint Commission National PS goals (2014)	OMS Soluciones en seguridad del paciente (2007)	Ministerio de Sanidad (2015)
Propia de AP y atención hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Cultura seguridad</li> <li>Dispositivos médicos</li> <li>Transición asistencial</li> <li>Úlceras por presión</li> <li>Caídas</li> <li>Implicación pacientes/cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Infección quirúrgica</li> <li>Cultura de seguridad</li> <li>Dispositivos médicos</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Transición asistencial</li> <li>Resistencia a antimicrobianos</li> <li>Úlceras por presión</li> <li>Caídas</li> <li>Trombosis venosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de medicación</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Infección quirúrgica</li> <li>Identificación</li> <li>Comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Identificación</li> <li>Transición asistencial</li> <li>Medicamentos con nombres parecidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene de manos</li> <li>Conciliación de la medicación</li> <li>Medicamentos de alto riesgo</li> <li>Cirugía segura</li> <li>Identificación de pacientes</li> <li>Prevención de úlceras por presión</li> <li>Prevención de caídas</li> <li>Resistencia a antimicrobianos</li> </ul>
Propia solo de hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacteriemia relacionada con catéter</li> <li>ITU por catéter</li> <li>Neumonía asociada a ventilación mecánica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacteriemia Relacionada con catéter</li> <li>ITU por catéter</li> <li>Radiaciones ionizantes en pediatría</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacteriemia relacionada con catéter</li> <li>ITU por catéter</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bacteriemia cero</li> <li>Neumonía Cero</li> </ul>

AP: Atención Primaria; ITU: infección del tracto urinario; OMS: Organización Mundial de la Salud.

## Prácticas seguras

Son aquellas intervenciones orientadas a prevenir o mitigar el daño innecesario asociado a la atención sanitaria y a mejorar la seguridad del paciente<sup>22</sup>.

La [tabla 6](#) describe, de forma resumida, las principales prácticas seguras recomendadas por diferentes organizaciones internacionales, según la frecuencia de los eventos adversos más comunes y la evidencia para su control. Las prácticas que recomiendan la mayoría de las organizaciones se refieren a la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (especialmente, la higiene de manos), el uso seguro del medicamento, la cirugía segura y los cuidados.

Las principales medidas concretas que se deben realizar en AP, según la evidencia disponible, quedan resumidas en la [tabla 7](#).

## Resumen

En este trabajo se anima al profesional de Atención Primaria (AP) a tomar conciencia de que en su práctica habitual se producen problemas que afectan a la seguridad. Se hace énfasis en la dificultad para su definición. Se analizan las diferencias de concepto entre error de seguridad y los siguientes términos: fallo en la calidad asistencial, problema en atención prestada y denuncia. Se muestra que los errores de seguridad son un problema de salud pública. Se valora el importante papel de la organización en la seguridad evitando la culpabilización. Se habla de la importancia de la búsqueda de errores, de su análisis y del estudio para mejorar. Se concluye con aspectos especiales relacionados con la mejora de la seguridad en AP, tanto referidos al cambio cultural necesario como a la realización de prácticas seguras.

TABLA 7

### Tipo de actividad de práctica segura, actividades, justificación de las mismas y acciones concretas basadas en la evidencia en Atención Primaria de Salud

Tipo de práctica segura	Actividad	Qué hacer en Atención Primaria
Uso seguro de medicamentos <sup>12</sup>	Prescripción de fármacos de manera electrónica	Usar sistemas informáticos ya disponibles Disponer de un sistema de apoyo para la toma de decisiones clínicas Disponer de un sistema de información e instrucciones para la correcta administración de fármacos Evitar instrucciones verbales
	Medicamentos de alto riesgo <sup>2,15</sup> tanto por edad como por patologías <sup>3</sup>	Revisión clínica y de fármacos periódica en polimedicados (efectividad y adherencia) Conciliación de medicación Comprobar con pacientes o familiares cómo tomar y adherencia
	Análisis y gestión de errores de medicación <sup>2,3,10,11,15</sup>	Revisión y comunicación a compañeros de errores a nivel local Intercambio de experiencias y lecciones aprendidas Cumplir protocolos Comentar la enfermera al médico los errores detectados en medicación o práctica clínica
Participación de pacientes y cuidadores	Educar a los pacientes sobre la medicación y fomentar su participación	Implicarlos en decisiones y toma de fármacos Lista actualizada de fármacos Animar a que pregunten Sistema de quejas y de compensaciones
Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria	Programa de higiene de manos	Lavado de manos en cinco momentos del proceso de atención
	Plan estratégico y de acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de resistencias a los antibióticos	Revisión del uso e indicación de antimicrobianos Uso a tiempo y dosis suficiente
Cuidados seguros	Úlceras por presión	Prevención de úlceras
	Prevención de caídas	Prevención de caídas
	Identificación de pacientes inequívoca	Comprobar la titularidad del documento en asistencia Uso de dos identificadores únicos del paciente Etiquetado de muestras biológicas e imagen en su realización
	Errores diagnósticos <sup>12,23</sup>	Revisar criterios diagnósticos Actualizar lista problemas
Intervenciones innecesarias <sup>24,25</sup>	Disminuir las intervenciones innecesarias, entendidas como aquellas que no han demostrado eficacia o cuando ésta es baja	«No hacer» en la práctica clínica diaria: Tratamientos innecesarios Test diagnósticos

### Lecturas recomendadas

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid, 2015.

*En este libro se actualizan los avances realizados en seguridad en el territorio nacional, con abundante bibliografía a nivel internacional. Se habla sobre la situación actual, haciendo énfasis en la magnitud de los daños asociados a la asistencia sanitaria. Se plantean cinco líneas estratégicas para su desarrollo en las distintas comunidades autónomas en el período 2015-2020.*

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Consejería de Salud. Informe de resultados. Indicadores de seguridad del paciente. Andalucía 2014. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2015 Feb. Report No.: IR 2015/2.

*En este libro se proponen distintos indicadores para la mejora de la seguridad en la comunidad autónoma de Andalucía relacionados con la gestión de riesgos, la identificación inequívoca de pacientes, la seguridad de los medicamentos y la higiene de manos.*

## Bibliografía

1. Satava RM. The nature of surgical error. A cautionary tale and a call for reason. *Surg Endosc*. 2005;19:1014-6.
2. Saedder EA, Brock B, Nielsen LP, Bonnerup DK, Lisby M. Identifying high-risk medication: a systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70:637-45.
3. Sinclair SM, Miller RK, Chambers C, Cooper EM. Medication Safety During Pregnancy: Improving Evidence-Based Practice. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61:52-67.
4. Lang S, Velasco Garrido M, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract*. 2016;17:6.
5. Harrison R, Walton M, Manias E, Smith-Merry J, Kelly P, Iedema R, et al. The missing evidence: a systematic review of patients' experiences of adverse events in health care. *Int J Qual Health Care*. 2015; 27:423-41.
6. Phillips NM, Street M, Haesler E. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in health care. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:110-7.
7. Thompson-Leduc P, Clayman ML, Turcotte S, Légaré F. Shared decision-making behaviours in health professionals: a systematic review of studies based on the Theory of Planned Behaviour. *Health Expect*. 2015;18:754-74.
8. Del Fiol G, Workman TE, Gorman PN. Clinical questions raised by clinicians at the point of care. A systematic review. *JAMA Intern Med*. 2014;174:710-8.
9. Lambe KA, O'Reilly G, Kelly BD, Curristan S. Dual-process cognitive interventions to enhance diagnostic reasoning: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:808-20.
10. Harrison R, Birks Y, Hall J, Bosanquet K, Harden M, Iedema R. The contribution of nurses to incident disclosure: a narrative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:334-45.
11. Gaffney TA, Hatcher BJ, Milligan R. Nurses' role in medical error recovery: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016;25:906-17.
12. Panesar SS, DeSilva D, Carson-Stevens A, Cresswell KM, Salvilla SA, Slight SP, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:544-53.
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. Madrid; 2015.
14. Aranaz J, Aibar C, Limón R, Mira JJ, Vitaller J, Agra Y, et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2012;22:921-5.
15. Olaniyan JO, Ghaleb M, Dhillon S, Robinson P. Safety of medication use in primary care. *Int J Pharm Pract*. 2015;23:3-20.
16. Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, Schoelles K, McDonald KM, Dy SM, et al. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. [Internet] Rockville, 2013. MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [Internet.] [Accedido el 20 de febrero de 2015.] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/services/quality/ptsafetyII-full.pdf>
17. World Health Organization. Safer Primary Care [Internet.] Patient Safety [Accedido el 20 de febrero de 2015.] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/safer\\_primary\\_care/en/](http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/)
18. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Milbank Q*. 2015;93:826-66.
19. Klemp K, Zwart D, Hansen J, Hellebek T, Luettel D, Verstappen W, et al. A safety incident reporting system for primary care. A systematic literature review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015;21 Suppl:39-44.
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) [Internet.] [Accedido el 20 de febrero de 2015.] Disponible en: <https://www.sinasp.es/>
21. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:147-52.
22. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. [Internet.] AHRQ. July, 2001 [Accedido el 6 de mayo de 2014.] Disponible en: <http://archive.ahrq.gov/clinic/tp/ptsafpt.htm>
23. Schiff GD. Diagnosis and diagnostic errors: time for a new paradigm. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:1-3.
24. Tranche S, Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto recomendaciones «no hacer». Recomendaciones «No Hacer». 2014. [Internet.] [Accedido el 22 de abril de 2016.] Disponible en: [www.semfyces.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTlyMzQ=](http://www.semfyces.es/componentes/ficheros/descarga.php?MTlyMzQ=)
25. Tranche S, Grupo de trabajo de la semFYC para el proyecto recomendaciones «no hacer». Recomendaciones «No Hacer» 2.ª parte. [Internet.] 2015. [Accedido el 22 de abril de 2016] Disponible en: [www.semfyces.es/biblioteca/.../Doc33b.RecomendacionesNoHacer2/](http://www.semfyces.es/biblioteca/.../Doc33b.RecomendacionesNoHacer2/)