

Seguridad de Paciente en Medicina Nuclear: ¿De qué estamos hablando?

En el año 2012 la SEMNIM consideró la creación del Comité de Calidad, Acreditación y Auditorías Clínicas. Con esta newsletter queremos informaros que el pasado mes de junio de 2014, se añadió a dicho comité la sección de Seguridad de Paciente.

La seguridad del paciente es una prioridad de cualquier sistema sanitario y, particularmente, de cualquier Servicio de Medicina Nuclear. Y no solo en cuanto a radioprotección y uso adecuado de las radiaciones ionizantes. Evidentemente para garantizar la calidad asistencial es vital trabajar y mejorar la seguridad del paciente.

Algunos de vosotros probablemente habréis leído u oído nombrar en los últimos meses dicho término: **“Seguridad de Paciente”**. Otros, sin embargo, os preguntaréis qué significan estas palabras y seguramente la mayoría desconoceréis el verdadero alcance de los errores dentro del mundo de la Medicina.

En la actualidad, **los errores médicos constituyen la tercera causa de muerte en los países desarrollados**; llegando a alcanzar la nada despreciable cifra de 200.000 muertes al año.

Si este dato os ha impactado y decidís seguir leyendo, desde el Comité os damos la enhorabuena! Acabáis de incorporar la “Cultura de Seguridad de Paciente” a vuestra forma de pensar.

Aunque creamos que es un término relativamente moderno, existen referencias históricas que alcanzan hasta 20 siglos anteriores a la edad moderna. Así, en la antigua Babilonia se redactó el Código Hammurabi, en el que se establecían las bases de la relación médico-paciente. Siglos después (V a.C.), el Juramento Hipocrático defendía que el deber del médico era “ante todo, no hacer daño” (<<Primum non nocere>>). En la era moderna (XX d.C.), comenzaron a escribirse textos sobre la Seguridad de Paciente: Barr en JAMA (1955), Moser en NEJM (1956) y Schimel en Ann Intern Med (1964). Pero no es hasta finales de la década de los ‘90 cuando comienzan a aparecer los principales textos que impulsarán la verdadera “Cultura de Seguridad del Paciente”. Como referencia principal en 1999, el “Institute of Medicine of USA” publica el famoso “To err is human” (errar es humano); estableciéndose como base para posteriores trabajos científicos. Ya, en el siglo XXI, destacan a nivel mundial la publicación de la OMS (“Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, 2004) y, más en concreto en nuestro país llevado a cabo por el

Ministerio de Sanidad en 2006, los estudios ENEAS y APEAS (Estudios Nacionales de Efectos Adversos en Hospitales y Atención Primaria)

Llegados a este punto, muchos os seguiréis preguntando: **“Sí, pero... ¿qué eso de la Seguridad de Paciente (SP)?”**

Según la Clasificación Internacional para la Seguridad de Paciente (CISP), se define como la reducción del riesgo de daño innecesario, asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable; entendiéndose como daño aquél que no es consecuencia de una enfermedad o lesión subyacente del propio paciente, sino más bien el daño que podemos evitar y que se deriva de los planes, acciones u omisiones de un profesional sanitario durante la prestación de la asistencia.

La siguiente pregunta que os estaréis realizando a continuación será: **“¿Y cómo puedo incorporar a mi actividad asistencial diaria la Seguridad de Paciente?”**

Todos sabemos de la importancia de trabajar de forma ordenada y metódica, realizando Programas de Garantía de Calidad, confeccionando procedimientos normalizados de trabajo (PNTs)...Seguramente, muchas de las acciones que leeréis en este apartado se lleven a cabo en la inmensa mayoría de los Servicios de Medicina Nuclear de este país, sin ni siquiera ser conscientes de que se pueden englobar dentro de la SP:

- Identificación del paciente
- Valoración de la Historia Clínica para la justificación por parte del médico especialista de las pruebas de MN
- Correcta cumplimentación de los formularios de preparación de las pruebas y tratamientos
- Justificación de las exposiciones médicas a las radiaciones ionizantes según la legislación (Real Decreto 815/2001).
- Validación de los protocolos de adquisición para cada uno de los pacientes del Servicio con la antelación prevista según la legislación (Real Decreto 1841/1997).
- Comprobación de las condiciones de las condiciones físicas del paciente el día de la prueba (exclusión de embarazo o lactancia...)
- Firma de consentimientos informados

- Activación de protocolos específicos en pacientes de riesgo o situaciones de peligro (niños, nivel de colaboración del paciente...)
- Verificación previa a la administración del radiofármaco (actividad, vía de administración...)
- Presencia de médico que valore las imágenes adquiridas, y así un largo etc...

Llegados a este punto, os seguiréis preguntando: ***“Y entonces, si muchas de estas acciones ya las realizamos en nuestra actividad diaria, ¿cómo mejoraría la Seguridad de Paciente, la calidad de nuestro trabajo en el día a día?”***

Pues bien. Ahora, las siguientes preguntas os las realizamos nosotros desde el Comité:

- ¿Dedicáis tiempo en vuestra actividad diaria a analizar los errores que existen en vuestros Servicios?
- ¿Cómo actuáis cuando ocurre un error: analizáis causas sin buscar culpables?
- ¿Existen protocolos de actuación definidos cuando ocurre un error?
- ¿Creéis que los errores acaecidos en vuestros centros hasta el momento no han sido aleatorios?
- ¿Comunicáis a los pacientes la existencia de estos errores...y en qué casos?

Si habéis podido contestar a la mayoría de las preguntas y la totalidad de las respuestas han sido afirmativas, de nuevo os damos la enhorabuena!. Sois expertos en Seguridad de Paciente (aún no siendo probablemente conscientes de ello hasta el momento).

La SP no sólo consiste en que la forma de trabajo sea la adecuada y esté correctamente regulada, algo con lo que los Médicos Nucleares estamos bastante familiarizados. Tampoco consiste en que no ocurra ningún error (recordemos el título del famoso informe “To err is human”), ni consiste en buscar quién se equivocó.

Más bien, todo lo contrario, la “Cultura de Seguridad de Paciente” consiste en ser conscientes de:

- Los accidentes no son aleatorios, sino que suelen ocurrir con patrones recurrentes
- No siempre son indicativos de fallos personales o profesionales. En la mayoría de los casos suelen deberse a fallos de los sistemas o a la carencia de recursos; obteniéndose mejores resultados mediante el análisis a este nivel

- No debemos centrar el énfasis del análisis de los errores en la responsabilidad personal, sino más bien promover entre nuestro personal la cultura de la notificación de los mismos. La cultura actual dominante en este aspecto es la de ocultarlos y evitar que sean reportados para que puedan ser analizados
- Hemos de establecer barreras y defensas que hagan cada vez más difícil la posibilidad de cometer un error
- Se deben nombrar figuras responsables de SP dentro de cada unidad, que intercepten y analicen errores con el fin de establecer estrategias que mitiguen los efectos de los mismos cuando aparezcan; así como realizar un seguimiento para garantizar la mejora continua. Es cierto que estos procesos conllevan tiempo y, según la American Collage of Radiology, la carencia de tiempo suele ser la mayor causa de la baja adherencia a los programas de garantía de calidad
- Debemos aumentar la comunicación con los equipos clínicos (hasta un 83% de los informes de diagnóstico por imagen pueden ser más exactos gracias a la mejora de la información clínica). Así como mantener una comunicación abierta y sensible con los pacientes una vez acaecido el error
- Debemos lograr la sensibilización de los órganos directores hacia la “Cultura de Seguridad de Paciente”: consensuar condiciones de trabajo, promover la existencia de Comisiones de SP en los centros hospitalarios, analizar la necesidad de nuevos recursos...Lograr que se conciencien que trabajar con calidad, ahorra costes (Donald Berwick)

Todo se puede resumir en la frase de Arthur Bloomfield: “Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar; pero a casi todos los podemos dañar”

Si la lectura de este texto os ha hecho reflexionar sobre al menos alguna de las preguntas aquí plasmadas, os damos la bienvenida al mundo de la Seguridad de Paciente.

Comité de Calidad, Acreditación y Seguridad del Paciente de la SEMNIM

Bibliografía:

- Radiological error: analysis, standard settings, targeted instruction and teamworking. Richard FitzGerald. Eur Radiol (2005); 15: 1760-1767.

- Released Nuclear Medicine Patients, Security Checkpoints, and the NRC.
Jeffrey A. Siegel and Carol S. Marcus. J Nucl Med. 2008; 49: 41N-43N
- Démarche qualite en Médecine Nucléaire in vivo. Haute Autorité de Santé
Certification V2010. Guide Méthodologique (2013)
- Eliminating waste in US Health Care. Berwick DM, Hackbarth AD.
JAMA 2012: 303(14):1513-1516
- Sálvese quien deba: La seguridad del paciente. J.M. Ruiz Ortega
(www.seguridadesasistencial.com)