

Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de medicina de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia-España

Patient Safety and Medical Errors of Residents of Family Medicine: Training and Research Experience in a Teaching Unit in Murcia-Spain

José Saura Llamas **

* Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Diplomado en Sanidad. Master en gestión de la calidad de los servicios de salud. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

Correspondencia: Dr. José Saura Llamas. **Dirección electrónica:** j.saurall@gmail.com

Resumen

Se ha puesto en marcha una estrategia sobre la seguridad de los pacientes, que integra formación, asistencia e investigación, realizando actividades concretas, partiendo de la prevención de los errores clínicos en el ámbito de nuestras Áreas de Salud. Esta línea de investigación ha facilitado valiosa información para la formación de los residentes y especialmente para la seguridad de los pacientes. Sería interesante llevar a cabo nuevos estudios sobre los errores médicos de los residentes, la percepción y actitud de los tutores de estos u otros grupos de residentes, así como los médicos de Atención Primaria.

Palabras clave: Medicina de familia. Seguridad del paciente. Errores médicos.

Abstract

A strategy on patient safety was set in motion, which integrates training, assistance and research, carrying out specific activities, based on the prevention of clinical errors in the area of our Health Areas. This line of research has provided valuable information for the training of residents and especially for the safety of patients. It would be interesting to conduct further studies on medical errors residents, perception and attitude of the guardians of these or other groups of residents as well as primary care physicians.

Keywords: Family medicine, Patient safety, Medical errors.

La importancia de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente en los servicios de salud es un tema que en los últimos años ha adquirido una gran importancia. El clásico informe del Institute of Medicine: «*To err is Human*»¹, de 1999, ha sido fundamental en este sentido. Este y otros estudios^{1,2} han demostrado que es un problema importante, frecuente y no resuelto, lo que ha generado importantes líneas internacionales de trabajo sobre este tema³⁻⁷. Estos esfuerzos que inicialmente se centraron en el ámbito hospitalario⁸⁻¹¹, han permitido definir y clasificar los errores clínicos, sus causas, las situaciones prevenibles y los procesos asociados a ellos. El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS)² ha supuesto un avance significativo en el conocimiento de este problema en los hospitales españoles. Así dentro de la mejora de la calidad asistencial, que es un objetivo prioritario de todos los sistemas de salud, mejorar la seguridad de los pacientes se ha ---

convertido en una necesidad y en una línea estratégica fundamental en los planes y programas de salud, lo que se ha traducido en importantes iniciativas en este campo de las instituciones nacionales e internacionales relacionadas con los servicios de salud. Actualmente está vigente la Alianza Internacional Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS³ bajo el lema: "Ante todo no hacer daño".

La seguridad del paciente en Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria (AP) se han incorporado con fuerza a estas iniciativas¹²⁻¹⁴, y así merece la pena destacar el Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), que ya ha señalado la importancia de este problema, y ha propuesto algunas medidas de mejora¹⁵.

El Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud (APEAS)¹⁶ de 2008 ha permitido conocer la prevalencia de los efectos y eventos adversos en AP en España y sus características, acercándonos a este problema en nuestra práctica asistencial. Hemos utilizado este estudio como referencia respecto al concepto de seguridad de los pacientes, que alude a los daños que sufriría el paciente si estuviera dentro del sistema sanitario¹⁶. Este trabajo concluye que en AP los efectos adversos son frecuentes (por el gran número de actos clínicos realizados), algunos de ellos graves, y en su mayor parte evitables^{15,16}. Por tanto, no abordarlos significaría una falta ética inaceptable y un consumo de recursos importante e injustificado¹⁷. Esta situación explica que desde el Sistema Nacional de Salud, dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud,^{17,18} la estrategia número 8 de este plan tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios¹⁷. Con esta orientación el Servicio Murciano de Salud (en 2007), del cual depende la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UD MFyC) de Murcia, ya recogía el compromiso de desarrollar un programa sectorial para la mejora de la seguridad en la asistencia sanitaria.

La necesidad: una oportunidad formativa y un área competencial para los residentes de Medicina Familiar

En España el Plan de Calidad para el Sistema de Salud dentro de la estrategia para la Seguridad del Paciente², incluía apoyar la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud. Así mismo en los convenios entre el Ministerio de Sanidad y Política Social con las CCAA para el impulso de prácticas seguras en centros sanitarios²⁰, venían recogidos como objetivos: la Información, sensibilización y la formación a los profesionales sobre la Seguridad de los Pacientes. Dentro de la formación médica especializada de los Médicos de Familia el Programa Oficial de la Especialidad (POE), vigente desde 2005¹⁹, la seguridad del paciente no está específicamente recogida ni como un área formativa ni como una competencia, ya que solo aparece incluida como una pequeña mención en otras áreas formativas).

La seguridad del paciente (y la prevención de errores clínicos), debe tener la consideración de una área de competencias esenciales a adquirir por los residentes de MFyC, por sí misma y porque está relacionada de forma transversal con otras muchas competencias esenciales que ya están incluidas en su programa formativo, como son: la comunicación asistencial, el razonamiento clínico, la gestión clínica, el trabajo en equipo, la gestión y organización de la actividad asistencial, los sistemas de información, la gestión de la calidad, la responsabilidad civil y médico-legal, y la bioética. Por lo que a través del desarrollo de esta estrategia formativa se podrían adquirir, al menos en parte, muchas de estas competencias. Una de las medidas clave para mejorar la seguridad de los pacientes debe ser la de formar a los profesionales, y la manera más eficiente de que los profesionales de la salud adquieran esta competencia es que se incluya dentro de su programa reglado de formación. Por tanto, de acuerdo con la orientación del Programa Docente de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria¹⁹, centrado en la adquisición de competencias, la UD de MFyC de Murcia ha incorporado la seguridad de los pacientes y la prevención de los errores clínicos al programa formativo de los residentes.

La implantación de prácticas seguras en nuestra Unidad Docente

En este contexto se solicitó y se consiguió una ayuda económica dentro del convenio de colaboración del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales con la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la implantación de prácticas seguras²⁰ (2008-2010), que incluía objetivos formativos y de investigación²¹. Como consecuencia la formación de los residentes en seguridad del paciente se ha introducido progresivamente en los programas docentes de postgrado. Asumiendo que la seguridad del paciente es un área competencial y una oportunidad formativa para los MF²².

El proyecto: aumentar la seguridad clínica de nuestros pacientes en Medicina de Familia y Atención Primaria (Dentro del apartado de la convocatoria 7.b Formación básica e intermedia.)

Objetivos

I. Paliar los efectos y las consecuencias del error clínico cuando se produce. 2. Prevenir los errores clínicos entre los Médicos de Familia y otros profesionales de la salud. 3. Instaurar actividades de evaluación y mejora de la calidad en relación a los errores clínicos. 4. Introducir estos conocimientos, habilidades y actitudes de forma precoz en la formación reglada de postgrado de los médicos de familia. 5. Formar a los profesionales de la salud en esta área dentro de las actividades de formación continuada y desarrollo profesional continuo. 6. Hacer investigación aplicada en esta área.

Desarrollo del proyecto:

- I. En la primera fase: Actividades Formativas: talleres de formación dirigidos a residentes de MFyC dentro de su programa formativo reglado. Y talleres de formación continuada dirigidos a todos los profesionales de la salud de la UD de Murcia.
- II. En la segunda fase: Además de continuar con las actividades formativas, se instauraran: Actividades de evaluación y mejora de la calidad sobre errores clínicos. Y Proyectos y trabajos de investigación sobre los errores clínicos en nuestro medio.

Las actividades formativas realizadas

- A) Actividades formativas para residentes de medicina familiar y comunitaria: - Cursos y talleres de Formación incluido en su programa formativo teórico – práctico reglado: 11 desde 2009 a 2017 de manera programada y sistemática.
- B) Actividades de formación continuada sobre seguridad del paciente: - Otros cursos y talleres dirigidos a residentes o a profesionales de AP sobre seguridad del paciente y prevención de errores clínicos, dentro del Programa de desarrollo profesional continuo o en congresos o jornadas profesionales: 7 de 2009 a 2017.

La línea de investigación sobre seguridad de pacientes y los errores médicos de los residentes

Consiste en la realización de varios proyectos de investigación consecutivos cuya descripción general es la siguiente: Se trata de estudios descriptivos, analíticos y transversales sobre errores médicos de los residentes recogidos mediante encuesta. Su emplazamiento es en atención primaria, en los centros de salud docentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. Los participantes son los residentes de MFyC de las promociones: 2007-2011, 2008-2012, 2009-2013, 2010-2014 y 2011-2015, tras dos años de su formación MIR (como médicos residentes).

Las mediciones principales se realizan con cuestionario autocumplimentado de 12 preguntas cerradas, con tres opciones de respuesta, y otras 3 preguntas abiertas (15 preguntas en total). Una pregunta abierta recogía el último error médico que cada residente había identificado y reconocido, como un ejercicio práctico al inicio de las ediciones de la actividad formativa sobre seguridad del paciente de su Programa Teórico-práctico. El manuscrito fue distribuido y recogido en persona y en mano; y se respondía de forma voluntaria, manuscrita, anónima y confidencial.

El resto de la metodología empleada y de la información se detallan en cada una de las publicaciones que son resultado de esta línea de investigación²²⁻²⁵. Además y de forma complementaria, y dentro del enfoque y la gestión proactiva de la seguridad de los pacientes²⁶, para la valoración del riesgo por parte de los residentes se ha utilizado sistemáticamente en todas sus actividades formativas el “cuestionario Gaal para valorar la percepción de riesgo”²⁷.

RESULTADOS DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN FORMATIVA

Los resultados de esta línea de investigación se detallan en varias publicaciones²²⁻²⁵, que van desde el planteamiento de la seguridad del paciente como una oportunidad formativa de los residentes²², pasando por una descripción de los errores médicos de los residentes²³, por el análisis de los mismos²⁴, y de las causas de dichos errores médicos con una muestra de residentes más amplia²⁵.

También se han presentado 16 comunicaciones científicas, ponencias o conferencias a congresos y jornadas profesionales. A continuación en forma resumida se exponen los resultados definitivos y las conclusiones más importantes de toda la investigación formativa realizada.

Opiniones y cultura de los residentes sobre la seguridad del paciente y los errores médicos

Para conocer más detalles de la metodología y los resultados en este aspecto revisar la referencia: Resultados de la investigación formativa “Sobre Seguridad del Paciente” en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia²⁴. Las respuestas a las 11 primeras preguntas del cuestionario se detallan en la Tabla I.

Tabla I. La cultura de los residentes sobre la seguridad del paciente y sus errores clínicos.

Pregunta	
1. ¿Crees que todos los médicos, al atender a sus pacientes cometan errores?	SI
2. ¿Crees que en el tiempo que llevas de ejercicio profesional has cometido algún error (en la atención clínica a los pacientes)?	SI
3. ¿Has cometido algún error médico en los 2 últimos meses de ejercicio?	SI
4. ¿Es posible cometer errores y que no nos enteremos que los hemos cometido?	SI
5. ¿Es verdad que siempre pensamos que hemos cometido menos errores de los que creemos?	SI
6. ¿Eres consciente de haber cometido algún error médico grave?	NO
7. ¿Alguno de esos errores han tenido repercusión importante sobre la salud de tus pacientes?	NO
8. ¿Alguno de esos errores han tenido repercusión importante para ti?	SI
9. ¿Has aprendido de tus errores?	SI
10. ¿Sabes qué hacer para evitar los errores?	SI
11. ¿Has ayudado a algún compañero a subsanar un error?*	SI

* Datos solo de las encuestas 2010 y 2011 (N = 53) Referencia Bibliográfica 24.

En conjunto los residentes creen que todos los médicos, al atender a sus pacientes cometen errores; que en el tiempo que llevan de ejercicio profesional han cometido algún error clínico; reconocen haber cometido algún error en los dos últimos meses; consideran que es posible cometer errores y no ser conscientes de ello; opinan que los profesionales creemos que hemos cometido menos errores de los que se producen realmente; solo un tercio de los residentes asume haber cometido algún error clínico grave; son pocos los que piensan que algunos de esos errores han repercutido de manera importante sobre la salud de sus pacientes; en tanto que la mayoría si cree que han repercutido de manera importante para él; afirman que han aprendido de sus errores; dicen saber qué hacer para prevenir los errores y lo describen.

Los residentes son conscientes de haber cometido errores, incluidos algunos graves; han aprendido de sus errores e identifican algunas de sus repercusiones. Esta información es útil para adecuar y mejorar la formación de los residentes.

Cómo pueden los residentes prevenir los errores médicos

Para conocer más detalles de la metodología y los resultados en este aspecto revisar la referencia: Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación²³. (Tabla 2)

Tabla 2. Lo que piensan los residentes que deben hacer para prevenir los errores clínicos, por grandes grupos de respuestas.

1. Reflexión y análisis
<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar sobre ellos. Saber identificarlos y reflexionar. - Aprender de lo ocurrido y reflexionar sobre el tema para evitar que vuelva a suceder. - Analizar bien las causas. - Evaluar la asistencia aquella en la que he dudado.
2. Formación
<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar y preguntar. Estudiar consultar con los adjuntos. - Para evitar los ya cometidos sí, pero para evitar los posibles que pueda cometer es más difícil, yo creo que con formación y preparación; y aún así es imposible no cometer ninguno. - Comentar los casos con otros médicos
3. Organización
<ul style="list-style-type: none"> - Intentar ser más estricto a la hora de evaluar a los pacientes y procurar mantener una asistencia organizada. - Concentración, tiempo de atención suficiente (sin presiones externas)..., y por supuesto conocimientos, además de experiencia en la práctica médica.
4. Manejo del tiempo
<ul style="list-style-type: none"> - Tener tiempo suficiente; y conocer los errores que pueden cometerse para prevenirlos
5. Descanso
<ul style="list-style-type: none"> - Hacer descansos cuando lo necesito y pensar que siempre empiezo de nuevo
6. Aceptación
<ul style="list-style-type: none"> - Sí, aunque hay algunos que no puedo evitar

Referencia Bibliográfica 23.

¿Cuáles son las causas de los errores médicos de los residentes?

Para conocer más detalles de la metodología y los resultados en este aspecto revisar la referencia: Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia²⁵. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipos de los errores ordenados por su frecuencia según la causa que los origina y la clasificación ERIDA.

Tipo de error
1º De diagnóstico
2º De tratamiento
3º De cuidados
4º De comunicación asistencial
5º De gestión y del sistema de información
6º De seguimiento y revisiones del paciente

Referencia Bibliográfica 25.

Los errores se agruparon según su causa fundamental, ordenados por el número de respuestas, en relacionados con el diagnóstico; con el tratamiento; con los cuidados; con la comunicación asistencial; la gestión y el sistema de información. Los errores en el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados representaron 84% del total. Se analizaron y detallaron todas las causas específicas de los errores. A continuación se detallan las causas específicas de los dos grupos más importantes, los de diagnóstico y tratamiento. Tras ser analizadas, las causas de los errores se agruparon en cinco grandes grupos (Tabla 3). Cabe señalar que la suma de las causas relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados representan más un 84% del total. Ver Tablas 4 y 5 para ver las causas específicas de los grupos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento.

Tabla 4. Causas de los errores relacionados con el diagnóstico.

Causa principal del error diagnóstico
1º Error en el diagnóstico
2º Error en la valoración de pruebas diagnósticas
3º Error en valoración inicial / nivel de triaje
4º Error en la solicitud de pruebas complementarias
5º Retraso en el diagnóstico
6º Exploración errónea o inadecuada
7º Retraso en la derivación o interconsulta

Referencia Bibliográfica 25.

Tabla 5. Causas de los errores relacionados con el tratamiento.

Factor causal principal
Iº Relacionados con la medicación
Medicamento erróneo
Dosis incorrecta
RAM (Reacción Adversa Medicamentosa)
Omisión de dosis, medicación o vacuna
Vía de administración errónea
Monitorización insuficiente
Retraso en la administración de medicación
2º Relacionados con otros tratamientos

Referencia Bibliográfica 25.

Entre los errores en los cuidados: la más frecuente fue el alta médica inadecuada según la situación clínica del paciente. En los errores de comunicación la principal es la mala comunicación médico-paciente. Del grupo de la gestión y el sistema de información: en primer lugar se identifica el no recoger en la historia clínica, datos importantes. Sin ser un objetivo inicial del estudio, del total de los errores, los residentes relataron espontáneamente que en casi la mitad de los casos (48.5%) se habían producido en las guardias y las puertas de urgencias hospitalarias. Asimismo, en las UDMFyC no se ha tenido constancia de que ninguno de estos residentes haya recibido ninguna reclamación, queja formal o demanda judicial por los errores cometidos. Concluyendo que la gran mayoría de los residentes poseen una actitud constructiva y autocritica, y son conscientes de haber cometido errores, cuyas causas identificadas, en orden de importancia, están relacionadas con el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados. Esta información puede ser útil para adecuar y mejorar la formación de los residentes, considerando las causas de sus errores como necesidades formativas identificadas.

Como deben abordar los residentes sus errores médicos

Para conocer más detalles de la metodología y los resultados en este aspecto revisar la referencia: Resultados de la investigación formativa “Sobre Seguridad del Paciente” en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia²⁴. La mayoría de los residentes describe lo que haría para abordar los errores en el futuro, recogiéndose 81 acciones diferentes, agrupadas en 15 grandes grupos (Tabla 6).

Los cuatro primeros grupos de medidas propuestas son: “aumentar mis conocimientos y formarme mejor”, “analizar y reflexionar sobre lo ocurrido para evitar que vuelva a suceder”, “mejorar la entrevista clínica y la relación con el paciente”. “adquirir experiencia clínica”, representan casi la mitad del total de respuestas. Pero además se obtiene con esta tabla un catálogo de posibles y futuras actividades formativas dirigidas a los residentes.

Tabla 6: Lo que deben hacer los residentes para abordar en el futuro los errores clínicos, ordenados según el número de respuestas.

Respuestas
1º Aumentar mis conocimientos, estudiar más, y formarme mejor
2º Analizar y reflexionar sobre lo ocurrido para evitar que vuelva a suceder
3º Mejorar la entrevista clínica y la relación con el paciente
4º Adquirir experiencia clínica, ver muchos pacientes
5º Consultar las dudas y preguntar, buscar asesoramiento
6º Gestionar bien los recursos disponibles y el tiempo asistencial
7º Mejorar la actitud personal hacia este tema
8º Tener más cuidado y prestar más atención
9º Mejorar la calidad de la atención y el seguimiento a los pacientes
10º Descansar y cuidarme
11º Tener una buena información
12º Mejorar la organización de la institución
13º Derivar a los pacientes cuando no podamos resolver su problema
14º Evitar las causas del error
15º Ser más prudente
16º Paliar los efectos del error

Referencia Bibliográfica 24.

Resultados de la aplicación del cuestionario Gaal²⁷ de percepción y de valoración del riesgo para la seguridad de los pacientes

Tras el análisis cualitativo de las respuestas de los participantes se concluye que se ha mostrado formativamente útil como ejercicio práctico dentro de la actividad formativa sobre seguridad del paciente²⁸. Por los siguientes motivos: en general es bien valorado, muy práctico y útil. Su uso es muy recomendable ya que ayuda al docente y le facilita el trabajo, esta forma de uso ha sido muy satisfactoria, fácil de aplicar y de entender, ha implicado y motivado a los alumnos, mejora la actitud hacia la seguridad del paciente tras utilizarlo, con buena interactividad y la participación, y porque se utilizan situaciones y factores de riesgo reconocibles, aplicables y que afectan a todos los participantes²⁸.

LAS SESIONES CLÍNICAS MULTIMEDIA E INTERACTIVAS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERRORES MÉDICOS.

Como resultado de todo el trabajo previo se hace una propuesta de una actividad formativa para los residentes con el formato de sesión clínica multimedia de la semFYC, con varios escenarios clínicos sobre errores clínicos y seguridad del paciente. La referencia para consultarla o utilizarla es: Seguridad del Paciente en las consultas de Atención Primaria. Sesiones Clínicas en APS²⁹.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN SOBRE ESTA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (Aspectos generales)

Consideramos que se han cumplido los objetivos de la línea de investigación. Los cuestionarios, el contexto y las condiciones en las que se realizaron dan consistencia a los resultados obtenidos. Tanto estos como las preguntas se elaboraron y revisaron mediante una validación cualitativa de los contenidos realizada por expertos y los estudios pilotos previos. La tasa de participación y de respuesta fue alta y representa casi el total las respectivas promociones completas de residentes. En cada caso los datos fueron analizados por uno de los investigadores, capacitado y entrenado.

Aunque los datos proceden de una población y número de casos que se podría considerar relativamente pequeña, corresponden al número total de los residentes de una Unidad Docente de MFyC, y al total de las promociones correspondientes en cada caso. Aunque los resultados no sean directamente extrapolables a otras poblaciones de residentes o de profesionales de la salud, sí que creemos que son representativos de nuestros MIR, y muy orientativos y pueden ser útiles para otros residentes.

Para facilitar un entorno que permitiera la sinceridad y una alta tasa de respuesta de los residentes, además de respetar escrupulosamente su confidencialidad, los cuestionarios fueron anónimos, por lo cual no se recogieron otras variables sociodemográficas ni de otro tipo que permitieran la identificación de los residentes. Este hecho explica que, aunque se garantiza que los resultados no puedan relacionarse con un residente concreto y se conozca globalmente la edad y el sexo de los residentes, no se hayan podido realizar otras explotaciones de la información ni los cruces con otras variables (por respetar la metodología de obtención de datos utilizada en la fase anterior de esta investigación y que los resultados previos fueran acumulables).

A pesar de que esta línea de investigación tiene varias limitaciones o sesgos, sobre todo porque se basa en la percepción de los residentes, creemos que facilita información orientativa de interés. En cuanto a la validez interna los cuestionarios y las preguntas se han validado parcialmente mediante la validación cualitativa de los contenidos realizada por expertos. Y por los estudios pilotos previos.

Con ligeras diferencias, los resultados son coherentes entre todas las investigaciones realizadas con una sola promoción de residentes²³, respecto a las realizadas con los datos obtenidos de cinco promociones^{24,25}; con la excepción de las causas identificadas de los errores^{23,25}, ya que la primera gran causa de los errores médicos en un caso eran los problemas de comunicación asistencial y en la entrevista clínica, que sin embargo pasa a ser la tercera causa de los errores para el segundo estudio, que tiene más valor por haberse realizado con muchos más casos. No hemos encontrado otros trabajos comparables realizados en nuestro entorno y referidos a residentes de MF y C.

Opiniones y cultura de los residentes sobre la seguridad del paciente y los errores médicos

De los resultados podemos destacar que la mayoría de estos residentes opinan que todos los médicos, al atender a sus pacientes cometan errores, que en el tiempo que llevan de ejercicio profesional han cometido algún error clínico, que es posible cometer errores y no ser conscientes de ello, que es cierto que creemos que hemos cometido menos errores de los que se producen en realidad.

Este estado de opinión entre nuestros residentes contrasta con los resultados de los estudios previos realizados por Borrell³⁰⁻³¹. En nuestros resultados prácticamente no encontramos profesionales “Negadores³⁰”, ya que casi el 90 % de los residentes asumen haber cometido algún error, teniendo además en cuenta su aún corto periodo de ejercicio profesional, lo que contrasta con un 28% de “negadores” entre los médicos de AP³¹. Estos profesionales parecen que no comparten la llamada “cultura de la culpa” y no esconden estos eventos, descartando la idea de lo «políticamente correcto» a la hora de responder el cuestionario. Tal como se detectaba para los médicos de AP previamente³¹.

En conjunto podemos decir, que la cultura frente al error está cambiando positivamente, y que el colectivo de los residentes tiene una actitud global más receptiva comparada con generaciones anteriores de MF, lo que asociado a estos resultados, podría traducir una actitud más activa y positiva hacia los errores clínicos y seguridad del paciente.

Los errores médicos que cometan los residentes

En nuestro caso los errores más frecuentes fueron: el error diagnóstico, la prescripción de un medicamento erróneo, y en los cuidados al paciente, que tal vez se deban a una escasa experiencia profesional y clínica (residentes al principio de su segundo año) de los médicos en formación.

Borrell en su trabajo³⁰, también analiza los errores médicos y obtiene unos resultados ligeramente diferentes, el error con más frecuencia fue prescribir un fármaco incompatible con una enfermedad de base (22.8%). Le seguían en frecuencia los retrasos en exploraciones complementarias en escenarios clínicos oncológicos (21.61%), y la prevención insuficiente en pacientes diabéticos (17.32%).

Cómo pueden los residentes prevenir los errores médicos

Aunque no han recibido formación específica la mayoría de los residentes creen que conocen las medidas que tienen que tomar para prevenir los errores médicos, como son: 1. La reflexión y el análisis. 2. La formación. 3. la mejora de la organización asistencial. 4. La mejora de la gestión del tiempo y el descanso. 5. La aceptación de la comisión de errores. El listado obtenido es muy adecuado y lleno de sentido común, aunque quizás existe una pequeña contradicción entre la intención de prevenirlas y que al mismo tiempo deben aceptar que van a cometer errores.

¿Cuáles son las causas de los errores médicos de los residentes?

Los resultados señalan que los residentes asumen la multicausalidad de los errores, que coincide con el enfoque y el modelo clásico “del Queso de Reason”³². Se han identificado las causas específicas de todos los errores clínicos cometidos y recogidos por los residentes.

Por grandes grupos de causas de errores, destacamos que la gran mayoría están relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, siendo sorprendente la muy escasa frecuencia de los errores que se identifican en la comunicación o en los cuidados. Esto puede deberse a que el residente está en periodo de formación y aún no ha logrado las suficientes competencias clínicas en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, pero es habitualmente más empático que el profesional con más experiencia, por lo que se comunica y trata mejor al paciente; o bien, porque aún no le da la adecuada prioridad a la comunicación y a la entrevista clínica.

Dentro de esta línea de investigación, si comparamos estos resultados con los obtenidos en dos estudios previos^{33,34}, tras reordenar los anteriores resultados según la clasificación ERIDA, comprobamos que, aunque la prevalencia varía ligeramente, la priorización de los grandes grupos de causas de error es idéntica y coherente con estos resultados, lo que da solidez a los mismos. Cabe señalar que en estos estudios no se identificaron de manera disagregada las causas de error.

Como formar a los residentes en la percepción del riesgo

La aplicación del cuestionario Gaal de percepción del riesgo para la seguridad de los pacientes es especialmente útil para sensibilizar sobre la importancia y repercusiones sobre la seguridad de los pacientes, ayudar a identificar riesgos en la práctica profesional. Y en una actividad formativa ayuda a reflexionar sobre la práctica habitual.

Efectivamente consigue que los residentes identifiques y los prioricen por importancia según sea mayor o menor repercusión para los pacientes las situaciones y los factores de riesgo²⁸. Y es muy recomendable aplicarlo antes de un Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), u otro método proactivo de gestión del riesgo). Por lo que se debería incluir en el Portafolio Formativo.

Fortalezas de los residentes

Llama positivamente la atención la actitud constructiva y de autocrítica que han mostrado los Residentes de MFyC respecto a sus errores médicos. Destacamos sobre todo la reflexión formativa y el análisis que realizan sobre su ejercicio profesional y su autoformación. Mostrando una actitud positiva y autocrítica respecto a la seguridad de los pacientes.

Están sensibilizados con la frecuencia y la importancia de los errores médicos. Y como afectan a la seguridad de los pacientes. Asumen que los médicos, como humanos, somos falibles y cometemos errores. Y que ellos que al año cometen uno o más errores; aunque la respuesta “no lo sé”, no es equivalente a no haber cometido ningún error. Son conscientes de la elevada posibilidad de cometer errores clínicos en su práctica clínica habitual. Recuerdan bien el último error clínico que cometieron, y son capaces de describirlo. También tienen una actitud positiva hacia trabajar sobre sus errores y tomar medidas correctoras para evitarlos o paliar sus consecuencias. Aunque no era un objetivo de las investigaciones realizadas, con los datos disponibles en nuestra Unidad Docente comprobamos que ningún residente recibió ninguna reclamación en formato oficial ni demanda judicial.

Las competencias que poseen los residentes

Como ya poseen competencia en la cultura de seguridad del paciente, asumen la importancia de este problema, y muestran bastante motivación para abordarlo, no es prioritario que se trabaje con ellos. Tienen conocimientos básicos adecuados sobre el concepto de error médico – error clínico. Son competentes para valorar las repercusiones de sus errores médicos en la seguridad de sus pacientes y para clasificarlos por la gravedad percibida de sus repercusiones clínicas, siendo conscientes cuando han cometido algún error grave, de su posible repercusión e importancia sobre la salud de sus pacientes, y de sus consecuencias sobre ellos. Son capaces de aprender de sus errores, haciéndolo con reflexión y autocrítica. Conocen y probablemente sean competentes para poner en marcha medidas preventivas y correctoras generales, respecto a los errores médicos. Creen saber qué hacer para evitar los errores en el futuro.

Necesidades formativas (u oportunidades de mejora) identificadas en los residentes

Muchos residentes aunque saben que cometen errores, no son conscientes de su número ni magnitud, por lo que tal vez tengan una falsa seguridad clínica. Se obtenido un catálogo cualitativo muy amplio de las causas principales de estos errores, lo que si asimilamos a necesidades formativas identificadas puede reorientar ciertos contenidos y actividades docente para mejorar la calidad de la formación y la calidad asistencial de estos residentes.

Las debilidades formativas principales tienen que ver con las competencias relacionadas con la metodología y las técnicas relacionadas con los eventos adversos y la seguridad del paciente, un área formativa que se debe mejorar sustancialmente. No tienen los conocimientos adecuados de epidemiología sobre seguridad del paciente y sobre los incidentes y los eventos adversos. Tienen formación insuficiente en la gestión y organización de la seguridad del paciente en los centros de salud. Necesitan conocimientos y habilidades para llevar adelante programas de gestión de riesgos. Y para utilizar en su trabajo habitual los métodos e instrumentos proactivos y reactivos (validados) para prevenir y paliar los efectos de los incidentes adversos. Los residentes para mejorar la seguridad de los pacientes demandan formación en: *1. Entrevista clínica y relación con el paciente. 2. Experiencia clínica y asistencia directa a los pacientes. 3. Gestión de los recursos y del tiempo asistencial. 4. Mejora de la calidad asistencial y del seguimiento a los pacientes. 5. Información Sanitaria. 6. Gestión y organización de los centros. 7. Criterios de derivación de los pacientes. 8. Técnicas para paliar los efectos del error una vez que se ha producido.*

Utilidad y repercusiones: lo que aporta esta línea de investigación formativa

Se ha podido poner en marcha una estrategia sobre la seguridad de los pacientes, que integra formación, asistencia e investigación, realizando actividades concretas, partiendo de la prevención de los errores clínicos en el ámbito de nuestras Áreas de Salud y de nuestra UD.

Creemos que esta línea de investigación ha facilitado valiosa información para la formación de los residentes y especialmente para la seguridad de los pacientes. Que los residentes de MFyC asuman la elevada posibilidad de cometer errores clínicos puede favorecer que ellos tomen o acepten medidas para evitarlos o al menos para minimizar sus errores. Todos los residentes afirman que han aprendido de sus errores. Estos resultados serían coherentes con la relación esperable de a menor experiencia clínica y menores competencias, más probabilidad de cometer errores. Los resultados se han utilizado desde el punto de vista informativo y educativo para revisar, adaptar y mejorar el programa formativo y las actividades docentes dirigidas a los residentes que se han seguido impartiendo. Destacamos la importancia y utilidad de esta información para adecuar y mejorar la formación de los residentes teniendo en cuenta estas necesidades formativas identificadas.

OTROS RESULTADOS Y PUBLICACIONES

El desarrollo de esta línea de investigación y todas las aportaciones realizadas a lo largo de su desarrollo han favorecido la participación en algunos artículos de contenido metodológico³⁵⁻³⁶, y colaborar en el Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia, PAMSP 2012/2016³⁷.

DESARROLLO FUTURO Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Sería interesante llevar a cabo nuevos estudios sobre los errores médicos de los residentes, la percepción y actitud de los tutores de estos u otros grupos de residentes, así como los médicos de AP, también las posibles comparaciones entre ellos, con el fin de buscar modelos explicativos de las diferencias encontradas, y su posterior aplicación práctica. Otro posible enfoque enriquecedor sería realizar otras preguntas dirigidas a la prevención de los errores.

Agradecimientos

A los investigadores y autores de las publicaciones (por orden alfabético) que han sido fundamentales para poder realizar la investigación y esta revisión: José Antonio Alarcón-González, Marco Andía-Chong, Susana Blanco-Sabio, Josefina Brotons-Román, Jorge Gómez-Portela, Rafael-Luquín Martínez, Mariano Leal-Hernández, Nieves Martínez-Garre, Antonio Martínez-Pastor, Rosario Morales-López, Esther Rubio-Gil, María Elena Sebastián-Delgado. Al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, y a la Consejería de Sanidad de la CA de Murcia, a través de cuyo Convenio de colaboración para la Implantación de Prácticas Seguras (convocatoria 2008 – 2010), se ha realizado este estudio.

A mis compañeros del Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la semFYC de los que aprendido todo lo que sé de seguridad del paciente (Aibar C, Astier MP, Almonacid G, Bravo R, Jurado JJ, Maderuelo JA, Marco MP, Martín MD, Minué S, Olivera G, Palacio F (fallecido), Palacio J, Torijano M.) A los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de las promociones: 2007-2011, 2008-2012, 2009-2013, 2010-2014 y 2011-2015 de la Unidad Docente de Murcia, por su participación y la cumplimentación espontánea y sincera del cuestionario. A todos/as los/as tutores de la UD que son los que realmente hacen que la formación especializada en MF y C sea posible. A Julián Alcaraz Martínez por su asesoramiento sobre las clasificaciones de las causas de los errores.

Nota: No existe ningún conflicto de interés. Ni el autor de este artículo ni ninguno de los autores e investigadores de las publicaciones aquí mencionadas tienen relación alguna con otras instituciones o empresas que puedan tener alguna relación con esta investigación. Esta investigación se ha realizado contando con una ayuda económica del convenio de colaboración para la implantación de prácticas seguras entre el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, y a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia (convocatoria 2008 – 2010). <http://www.boe.es/boe/dias/2009/01/06/pdfs/boe-a-2009-233.pdf> Otros recursos como las instalaciones, instrumentación y técnicas necesarias son las propias ya existentes y de uso habitual, en los centros de salud docentes y en la Unidad Docente (UD); previstas para desarrollar sus actividades formativas y de investigación. Y la infraestructura, recursos materiales y humanos, ya existentes y disponibles en el Servicio Murciano de Salud (SMS). Tanto la investigación como el material y método empleados, como las tareas desarrolladas corresponden a las funciones y actividades habituales y programadas que se deben realizar en una UD de Atención Familiar y Comunitaria (Afyc), “buscando un posible carácter de excelencia”, por lo que no se precisa consentimiento informado de los pacientes ni de los residentes. No existen problemas éticos ya que la información se trata de manera anónima y confidencial, solo con carácter formativo y de investigación; y no se realiza ninguna intervención sobre los residentes que no sean los ya previstos en su proceso formativo y de evaluación habitual; ni sobre los pacientes que no sean las habituales en la atención que reciben.

Referencias

- I. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press. Washington DC. 1999. Disponible en: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/I.html>

2. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio ENEAS: Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/20recom.htm>
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
3. World Health Organization. Quality of care: Patient Safety. WHA55.18. Fifty-fifth World Health Assembly. Genova, 18 May 2002. Disponible en:
http://www.wpro.who.int/health_topics/quality_patient_safety/
4. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety, Forward Programme 2005. Geneva: WHO. 2004. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
5. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient Safety: Making it happen. Luxembourg. Declaration on Patient Safety. 5th April 2005. Disponible en: <http://www.cpme.be>
6. Consejo de Europa. La seguridad del Paciente: Un Reto Europeo. Varsovia, 13-15 Abril 2005. Disponible en: www.coe.int/T/E/SocialCohesion/health/ConferenceProgramme/
7. Council of Europe. Recommendation Rec (2006)7 of the Comité of Ministers to member status on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24th May 2006. Disponible en: <https://wcd.coe.int>
8. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Summary. July 2001. AHRQ Publication No. 01-E057. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville (MD). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/ptsafety/summary.htm>
9. Safe Practices for Better Healthcare: A Consensus Report. Summary. The National Quality Forum. August 2003. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/nqfpract.htm>
10. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. AHRQ, August 2004, 75 pp. Publication No. 04-0051-I.
11. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
12. Modak, I., Thomas, E., Sexton, J., Lux, T., Cheng, L., Helmreich, R. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire Ambulatory Version. *J Gen Intern Med.* 2007;22:I-5.
13. Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual. Saf. Health Care* 2007;16:313-320.
14. Gaal S, Verstappen W, Wiersing M. Patient safety in primary care: a Surrey of general practitioners in the Netherlands. *BMC Health Services Research.* 2010;10: 21. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/21>.
15. Palacio Lapuente F, y Grupo de Trabajo para la Mejora de la Seguridad del Paciente de semFYC. Actuaciones para la mejora de la seguridad del paciente en atención primaria. *FMC.* 2008;15(7):405-7.
16. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudio_APEAS_resumen.pdf
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/resumenEstudioApeas2008.htm>
17. Agencia de Calidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2006. Disponible en:
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pnccalidad/notaPrensa20060323Textointegro.pdf>
<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente, 2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf
19. Orden 1198/2005 de 3 de marzo por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 105, (3 de mayo de 2005). Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/mediFamiliar07.pdf>
20. Resolución de 5 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Boletín Oficial del Estado, núm. 5, (6 de enero de 2009). Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2009/01/06/pdfs/BOE-A-2009-233.pdf>.

21. Decreto nº 241/2009, de 24 de julio, por el que se regula la concesión directa de una subvención a la fundación para la formación e investigación sanitarias de la Región de Murcia, en materia de actividades para fomentar el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios. Boletín Oficial de la Región de Murcia, núm. 172, (28 de julio de 2009). Disponible en: <http://www.carm.es/borm/documento?obj=bol&id=39935>
22. Saura Llamas J, y Grupo de Seguridad del Paciente de la semFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 2010; 42(11): 539-540.
23. Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez- Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. Semergen 2011; 37(6): 280-286.
24. Saura-Llamas J, Martínez-Garre N, Sebastián-Delgado ME, Leal-Hernández M, Martínez-Pastor A. Resultados de la investigación formativa "Sobre Seguridad del Paciente" en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. España. Aten Fam. 2013; 20: 35-40.
25. Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre MN, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia. España. Aten Fam. 2014; 21(3): 77-82.
26. Seguridad del Paciente. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la semFYC. Octubre 2010; 18. Visualizado 11 Octubre 2010 <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/>
27. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in The Netherlands. BMC Health Serv Res. 2010 Jan 21;10:21.
28. Saura Llamas J, Martínez Garre N, Martínez Pastor A. Utilidad Formativa del Cuestionario Gaal de Valoración del Riesgo. Comunicación oral. IV Jornada de Mejora de la Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Barcelona. 25 Marzo 2011.
29. Saura Llamas J, Lázaro Gómez MJ, Jurado Balbuena JJ. Seguridad del Paciente en las consultas de Atención Primaria. Sesiones Clínicas en APS. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. semFYC ediciones. Barcelona. 2012. ISBN 978-84-10537-26-2.
30. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M. Errors clinics perceputs pel metge de capçalera. Salut Catalunya. 1996;10:22-5.
31. Borrell-Carrió F, Páez Regadera C, Suñol Sala R, Orrego Villagan C, Gil Terrón N, y Martí Nogués M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2006; 38(1):25-32.
32. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-70.
33. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T, Grupo de Trabajo evadur-semes. Evadur: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28.
34. Alcaraz-Martínez J, Marín-Martínez JM, García- Vivancos B, Escobar-Álvaro L, Lozano-Pastor VE, Ortiz González O, et al. Estudio regional de incidentes derivados de la atención en los servicios de urgencia del Servicio Murciano de Salud. Mesa de Experiencias Regionales 3. IX Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia, 12 y 13 de junio de 2013.
35. Torijano Casalengua ML, Olivera Cañadas G, Saura Llamas J, Maderuelo Fernández JA, Minué Lorenzo S, Marcos Calvo MO. La Seguridad del Paciente: cultura de seguridad en Atención Primaria. En: Seguridad del Paciente. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la semFYC. Octubre 2010; 18. Visualizado 11 Octubre 2010. <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/>
36. Olivera Cañadas G, Saura Llamas J, Maderuelo Fernández JA, Torijano Casalengua ML, Astier Peña MP, Palacio Lapuente J. ¿Cómo podemos aprender de los errores para evitarlos? Análisis reactivo en seguridad del paciente. En: Seguridad del Paciente. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Grupo de Trabajo sobre Seguridad del Paciente de la semFYC. Octubre 2010; 18. Visualizado 11 Octubre 2010. <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/>
37. Clemente Soubrier T, Ramos Hernández MP, Sánchez Martínez Ascensión, Valbuena Moya SO,...Saura Llamas J, y als. Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia, PAMSP 2012/2016. Programa de Seguridad del Paciente. Dirección General de Atención al Ciudadano y Drogodependencias. Consejería de Sanidad y Política Social. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia. 2012. ISBN 978-84-96994-72-0.