

## Los médicos también pueden cometer errores

En la lucha actual de la sanidad por aumentar la seguridad del paciente es necesario que el médico acepte que comete fallos. Con esa base se podrán abordar proyectos en atención primaria y en especializada.

**David Rodríguez Carenas 17/12/2007**

Mal negocio hace el paciente que acude a los servicios sanitarios con una patología y sale con otra. Para evitar esto, todos los actores implicados en la sanidad están luchando por mejorar la seguridad.

Pero para arreglar primero hay que reconocer: "Es difícil comprender que podemos cometer errores", ha dicho Héctor Ortiz, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Virgen del Camino, en Pamplona, y presidente de la Asociación Española de Cirujanos (**AEC**), en la III Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente, celebrada en Madrid y organizada por el **Ministerio de Sanidad y Consumo**.

Sergio Minué, miembro del grupo de Seguridad de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (**Semfyc**), ha apoyado la afirmación de Ortiz: "Un tercio de los médicos consideran que nunca se han equivocado de forma importante. Hay que cambiar esta cultura".

Pese a que "casi todos los errores que se producen en atención primaria se deben a disfunciones del sistema, muchas veces están causados por las decisiones que toma el médico, aunque frecuentemente ocurren por falta de tiempo".

Ortiz ha establecido una forma de potenciar la seguridad al realizar una reivindicación: "No podemos hacernos cargo de todos los efectos adversos en la AEC. La clave está en mejorar la formación en este campo, y ahí tienen un papel fundamental los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia". Minué está de acuerdo: "Es necesario un aumento de la formación a partir de una redefinición del modelo de educación. Necesitamos nuevos marcos e instrumentos".

### Proyecto de la AEC

En cualquier caso, la AEC está inmersa en un proyecto de refuerzo de la seguridad mediante la disminución de la recidiva local. La iniciativa comenzó en nuestro país el pasado año y ya ha obtenido grandes resultados en mortalidad por cáncer y recidiva local en Gran Bretaña, Holanda y Bélgica.

"El proyecto está creciendo y ahora mismo ha formado a 33 grupos en casi dos años. No obstante, el interés es muy diferente en cada comunidad autónoma", según el presidente de la AEC. El registro es confidencial y a cada centro se le envían sus propios datos y los conjuntos de todo el grupo. "A los hospitales les hacemos sobre todo dos peticiones: compromiso en el envío de datos y humildad para ser auditados".

"Con proceso docente de por medio se producen menos infecciones", ha explicado Ortiz, que ha subrayado que en cirugía hay un déficit de comunicación: "Muchas cosas se arreglarían con una pausa antes de la intervención, que evitaría operar al paciente equivocado o en una intervención que no es".

### Fallos en AP

Por su parte, Minué ha señalado que algunos de los errores más frecuentes tienen lugar debido a una mala derivación de primaria a especializada. Esto ocurre porque es el médico quien tiene que tomar las decisiones, aunque antes es necesario que la comunidad científica llegue a un acuerdo acerca de cómo se tienen que realizar los procesos".

De cualquier forma, la vía de mejora está abierta, y así lo ha señalado Jerónimo Romero, presidente de la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (**Uesce**): "Hay recursos de seguridad. Por tanto, lo que no se puede es trabajar con herramientas de inseguridad".

### Infecciones por catéter

Mercedes Palomar, intensivista del **Hospital Valle de Hebrón**, en Barcelona, y miembro de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (**Semicyuc**), ha hablado de la prevención de la infección por catéter en las unidades de cuidados intensivos que están llevando a cabo en la sociedad: "Hemos copiado el Programa de Michigan, que contiene cinco puntos de mejora".

Palomar lo tiene claro: "Si una cosa demuestra que funciona, para qué cambiarla". No obstante, al Programa de Michigan se le ha criticado que no se controlaban todas las bacterias. "Por eso

estamos documentando todos los procesos".

Según Lorenzo, hay que trabajar en varios aspectos: "Debemos crear grupos de trabajo con un liderazgo claro y reforzar a la enfermería para controlar el proceso de colocación y manejo de catéteres". Para reforzar la cultura de seguridad "hay que comprometer a las unidades y educar al personal en la evidencia".

En el programa de prevención, cuya fase piloto se ha desarrollado de septiembre a diciembre de este año y que comenzará su andadura en abril de 2008, se encuentran tres comunidades autónomas: Castilla y León, Andalucía y Cataluña.

**Diario Médico**