

Gestión de la seguridad del paciente en una unidad de urgencias de atención primaria

RODRIGO ORELLANA CARRASCO¹, MILAGROSA ZÁJARA PORRAS¹, NATALIYA SHEVNINA¹, MARÍA ROJAS QUERO¹, ANTONIO BÁEZ CABEZA², IGNACIO PÉREZ-MONTAUT MERINO²

¹Unidad de Atención a Urgencias. ²Unidad de Gestión del Centro de Salud. Centro de Salud de San Pedro de Alcántara. Distrito Sanitario Costa del Sol. Málaga, España.

CORRESPONDENCIA:

I. Pérez-Montaut Merino
Centro de Salud de San Pedro de Alcántara
Avda. Príncipe de Asturias, s/n
29670 Marbella
Málaga, España
E-mail: ipmm@live.com

FECHA DE RECEPCIÓN:

9-7-2009

FECHA DE ACEPTACIÓN:

8-9-2009

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

AGRADECIMIENTOS:

Al Comité de Redacción y a los revisores del trabajo por las recomendaciones y sugerencias para la mejora de calidad del mismo.

Objetivo: La seguridad clínica o los riesgos a los que se someten los pacientes en función de su relación con el sistema sanitario han sido mencionados con mucha frecuencia en el desarrollo de las ciencias sanitarias. Ciertas unidades, como las de pacientes críticos, son más propicias a errores por la multitud de fármacos y procedimientos. El objetivo del estudio fue describir la experiencia en el análisis de los efectos adversos (EA) en urgencias de atención primaria y, aún más, propiciar la identificación y prevención de los EA antes de que estos ocurran.

Método: Creación de un grupo de trabajo en noviembre de 2007 en la unidad clínica de urgencias del centro de salud para definir las situaciones de riesgo donde se pueden producir EA, prevenir su aparición, analizar los que aparezcan y corregirlos dentro de un contexto de mejora continua de calidad asistencial. Realizamos un análisis y estudio descriptivo retrospectivo sobre las notificaciones de EA durante el año 2008.

Resultados: Se atendieron un total de 75.525 urgencias, y en total se detectaron 11 EA (0,15%), de los que 9 corresponden a errores de identificación en la apertura del episodio clínico (errores de filiación) y dos a EA con consecuencias clínicas leves.

Conclusiones: El EA más frecuente es el error de identificación en la apertura del episodio clínico o historia clínica, lo que conlleva (de no corregirse a tiempo) a la generación de un episodio de asistencia urgente a una persona que no le corresponde. [Emergencias 2009;21:415-421]

Palabras clave: Seguridad clínica. Eventos adversos. Urgencias de atención primaria.

Introducción

La seguridad clínica o los riesgos a los que se someten los pacientes en función de su relación con el sistema sanitario han sido mencionados con mucha frecuencia en el desarrollo de las ciencias sanitarias. El aforismo hipocrático *Primum non nocere*, es un claro referente de la preocupación de los profesionales por este tema desde la antigüedad. Encontramos estudios sobre seguridad en todas las épocas y sobre todo a partir de los trabajos de Codman en 1911. En ellos se utiliza el concepto de iatrogenia (aquel resultado no esperado por la evolución natural de la enfermedad)¹. Un estudio canadiense² resalta la implicación del modelo de atención primaria desarrollada y mayor accesibilidad como justificación de que los autores encuentren más eventos adversos (EA) en el perio-

do de prehospitalización que los hallados en los estudios americanos, aunque no se puede descartar la influencia que pueda tener en los resultados el ser un hospital de referencia. Otros estudios³ coinciden en que es en el servicio de urgencias donde se da el porcentaje más alto de acontecimientos adversos negligentes (52,6%). En un modelo con atención primaria desarrollada, también es esperable una proporción elevada de EA relacionados con el uso de fármacos⁴. En otro estudio⁵ se analizaron 49.345 demandas contra médicos de atención primaria. Más de la mitad de las demandas se relacionaron con eventos que ocurrieron en contextos de atención ambulatoria, pero fue más probable una evolución grave cuando ocurrieron en un hospital. En nuestro país, el estudio más importante hasta la fecha sobre EA en atención primaria es el estudio APEAS⁶,

donde se establece una prevalencia de EA del 18,6%, el 48% de ellos relacionados con la medicación, el 25,7% con los cuidados, el 24,6% con la comunicación, el 13,1% con el diagnóstico, el 8,9% con la gestión y un 14,4% se debieron a otras causas. En sus conclusiones, los autores ponen de relieve que estos resultados permiten suponer que la práctica sanitaria en atención primaria es razonablemente segura, la frecuencia de EA es baja y además predominan los de carácter leve.

El aspecto más importante para evitar errores es tomar conciencia de los peligros inherentes al acto asistencial, especialmente para determinados grupos de edad o de situaciones físicas o psíquicas y en algunas unidades asistenciales⁷. Ciertas unidades, como las de pacientes críticos, son más propicias a errores por la multitud de fármacos y procedimientos, así como por la imposibilidad de participación de los pacientes por su estado inconsciente. Para introducirnos en el concepto de evento o error adverso, debemos diferenciarlo de otros términos similares relacionados, pero que no implican el mismo sentido. Así, podemos hablar de un incidente como algo no predecible ni evitable pero, generalmente, sin consecuencias serias para el paciente aunque a veces puede acabar en un EA. También podemos hablar del accidente como algo no predecible ni evitable pero con consecuencias para el paciente. Cuando hablamos de error o evento adverso nos referimos a unas circunstancias predecibles y evitables que han ocasionado unas consecuencias para el paciente. El concepto de error o evento adverso implica daño, lesión no intencionada o complicación que resulta en discapacidad al momento de la asistencia, muerte o prolongación del proceso, el cual es más atribuible a la atención sanitaria que al proceso patológico subyacente. Incluye actos de omisión (fallos en el diagnóstico o tratamiento), actos de comisión (incorrecto tratamiento o atención) y EA derivados de fallos materiales u organizativos.

Nuestro propósito en el presente trabajo es describir nuestra experiencia en el proceso de abrir un camino para el análisis de los EA en urgencias de atención primaria y, aún más, de propiciar la identificación y prevención de los EA antes de que estos ocurran. A continuación se analizan los resultados en este sentido en un año.

Método

Creamos un grupo de trabajo en noviembre de 2007 en la unidad clínica de urgencias del centro de salud para definir las situaciones de riesgo donde

se pueden producir EA, prevenir su aparición, analizar los que aparezcan y corregirlos dentro de un contexto de mejora continua de calidad asistencial.

El grupo realizó una búsqueda bibliográfica acerca de los métodos de detección y análisis de EA, así como de las medidas de prevención (especialmente las referidas a urgencias de atención primaria) en Medline, Metabuscador Excelencia Clínica, Centro Cochrane Iberoamericano y en la web Seguridad del paciente y Error en Medicina del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Argentina (www.errorenmedicina.anm.edu.ar). Como palabras clave se usaron "seguridad del paciente", "atención primaria", "urgencias de atención primaria", "patient safety" y "emergency primare care". De las referencias encontradas, la gran mayoría eran del ámbito hospitalario, bastantes de atención primaria en general (referidas a EA relacionados con medicación e interacciones medicamentosas en tratamientos crónicos), algunas sobre la repercusión de la atención urgente en atención primaria en los EA reportados por hospitales y ninguna acerca de los EA en urgencias de atención primaria específicamente.

Posteriormente, en enero de 2008, se ofreció y realizó una sesión clínica dirigida a todos los profesionales que participan de la atención urgente y se les dio a conocer los resultados del grupo de trabajo, así como la importancia de los EA.

La atención urgente en el centro de salud la llevan a cabo 18 profesionales específicos (5 médicos, 5 enfermeras, 4 celadores y 4 técnicos de transporte sanitario) de los cuales sólo asistió a la sesión de formación el 40% (dos médicos y dos enfermeras) y 30 profesionales del centro de salud [15 médicos y 15 enfermeras que forman equipos Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP)], de los cuales sólo asistió a la sesión de formación el 20% (4 enfermeras y 2 médicos).

Para la identificación y prevención se eligió el *Healthcare Failure Mode Effects and Analysis* (HFMEA)⁸, una metodología que permite planificar e identificar los puntos del proceso asistencial que pueden provocar los EA. Es un método prospectivo y sistemático para la identificación y prevención de problemas en los procesos antes de que ocurran (*Failure Mode*: diferentes formas en las que un proceso o subproceso puede fallar y conducir al resultado negativo). A través del HFMEA se puede calcular una estimación orientativa sobre el riesgo de aparición de EA en la unidad donde es aplicado, y se puede establecer medidas de prevención.

Ante un mismo EA, las consecuencias en el paciente pueden ser de diferente magnitud (depen-

Tabla 1. Factores de riesgo relacionados con el paciente

Factores biológicos:	Edad. Patologías previas. Alteraciones neurológicas y motoras. Déficit sensoriales. Tratamientos farmacológicos previos. Alergias medicamentosas.
Factores psicológicos y emocionales:	Enfermedades psiquiátricas. Estrés.
Factores socioculturales:	Consumo de alcohol y otras drogas. Idioma y trastornos del lenguaje. Relaciones familiares.

den de determinados factores biológicos, psicológicos y socioculturales del paciente), al igual que puede favorecer la aparición de nuevos EA. Entre estos factores de riesgo en el desarrollo de posibles EA, el grupo de trabajo destacó los factores biológicos, los factores psicológicos y emocionales y los factores socioculturales reseñados en la Tabla 1.

Para calcular los lugares susceptibles de EA en nuestra unidad de urgencias y sus posibles causas, el grupo de trabajo siguió el mapa de actividades asistenciales en nuestra unidad de urgencias: recepción de pacientes, sala de curas, área de tratamientos cortos y evolución⁹, sala de críticos, transporte asistido y otros (Tabla 2).

Para el análisis de los diferentes EA existen diferentes formas y sistemas de investigación¹⁰, como los métodos epidemiológicos (retrospectivo, prospectivo y transversal), los análisis de sistemas, la técnica del incidente crítico o el análisis de causa raíz (ACR). Este último es el que consideramos más completo y adaptable al proceso de atención urgente y emergente en nuestro análisis. El ACR¹¹⁻¹³ es un proceso secuencial de preguntas estructura-

das para descubrir errores latentes subyacentes en un suceso centinela (EA de gran trascendencia clínica). Se orienta al proceso, por lo que supone una revisión exhaustiva de los elementos que lo integran (personas, equipos, procedimientos, información, entornos, contingencias externas, etc.). Una causa raíz o causa origen es aquella que si es eliminada se podría prevenir o disminuir la probabilidad de recurrencia de un EA. Frecuentemente, en la atención sanitaria, una única causa no es suficiente para producir un incidente o un EA; es común la combinación de varias circunstancias o factores que lo desencadenan.

A todos los integrantes de la unidad de urgencias y a los profesionales que de alguna forma participan temporalmente en ella, aunque sea en forma de refuerzo, se les pidió que notificaran de manera oral y por escrito los posibles EA observados durante el proceso asistencial.

Realizamos un análisis y estudio descriptivo retrospectivo sobre las notificaciones de EA durante el año 2008.

También se realizó una revisión de historias clínicas informatizadas (mediante muestreo aleatorio con reposición) de 200 historias, para establecer la presencia de EA en reconsultas en 24 horas a urgencias durante 2008 (el mismo paciente acude dos veces en 24 horas a urgencias).

Resultados

Durante el año 2008 se atendieron un total de 75.525 urgencias en la unidad clínica, de las cuales 72.735 fueron atendidas en el centro de salud

Tabla 2. Lugares de atención urgente con alta probabilidad de efectos adversos

Recepción	<ul style="list-style-type: none"> - Error en el registro y apertura de la historia clínica por deficiente identificación del paciente. - Problemas de comunicación por idiomas diferentes. - Deficiencia en la ayuda a pacientes incapacitados.
Sala de curas	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia en la inmovilización y movilización de pacientes. - Problemas de comunicación por idiomas diferentes. - Asegurar el paciente a la camilla de curas.
Área de tratamientos cortos y evolución	<ul style="list-style-type: none"> - Error en la realización de un procedimiento. Los procedimientos más comunes en el ATCE son la canalización de vías venosas periféricas, la perfusión de medicación IV, la administración aerosoles y oxigenoterapia y la monitorización del paciente. - Error en la dosis o en la vía de administración de un fármaco (en su indicación). - Error en la administración de fármacos a pacientes, por no estar debidamente identificados.
Sala de críticos	<ul style="list-style-type: none"> - Uso del desfibrilador. - Aspiración de secreciones. - Lavados gástricos. - Intubación oro-traqueal.
Transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Caída de objetos y materiales sobre el paciente. - Punción accidental con materiales de biorriesgo (agujas, catéteres, ampollas de medicación). - Deficiencias en la carga y aseguramiento del paciente para el transporte. - Iniciar el desplazamiento sin señales acústicas y/o visuales y a la velocidad no adecuada.
Otros (en todas las áreas asistenciales)	<ul style="list-style-type: none"> - Fallo de comunicación (entre profesionales y con el paciente). - Fallo del equipamiento (equipo obsoleto o en mal estado y no comunicado). - Fallo en el proceso (por desconocimiento del mismo).

y 2.790 fueron asistencia externas (domicilio, vía pública, carretera y/o lugar público). En el mes de abril pasamos de un informe clínico y/o historia clínica hecha a mano a un formato informático mediante el uso de una historia clínica informatizada, donde el programa reconoce al usuario por varios ítems [nombre, apellidos, DNI, fecha de nacimiento, número único de historia de salud andaluza (NUSHA), provincia de nacimiento].

En total se notificaron de forma verbal 11 EA (0,15 por 1000), de los que 9 corresponden a errores de identificación en la apertura del episodio clínico (errores de filiación) y dos a EA con consecuencias clínicas leves. No hubo ninguna notificación por escrito.

Los errores de identificación se produjeron en la actividad asistencial de recepción de pacientes y ocurrieron debido a una defectuosa forma de manejo del programa informático por la falta de práctica de los celadores encargados de la recepción de pacientes que solamente introducían nombre y apellidos: se abrió un episodio a personas con el mismo nombre que la demandante de asistencia urgente pero con distinta edad. La comunicación fue de forma verbal y corregida inmediatamente y se anuló el episodio erróneo abierto y se abrió otro episodio a la persona realmente atendida.

Dos EA durante el año 2008 tuvieron consecuencias clínicas leves. En ambos casos la comunicación se realizó de forma verbal y escrita a la dirección del centro de salud. A continuación se describen.

Caso 1: Se produjo en el ATCE debido a la utilización de un material clínico "donado" (tiras reactivas para determinación de glucemia capilar que resultaron defectuosas). Al paciente, varón de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares isquémicos transitorios que acudió por cuadro de vértigos de inicio súbito, al determinar las constantes a su llegada se halló una glucemia alta (505 mg/dl) que obligó a la administración de insulina rápida, que produjo una hipoglucemia a los 15 minutos. Posteriormente a la corrección de la hipoglucemia y dada la ausencia de antecedentes relacionados con la diabetes y ausencia de recomendaciones sobre la dieta baja en hidratos de carbono en la historia de su médico de familia, el personal sanitario voluntario se determinó la glucemia con las mismas tiras "donadas" y con nuestras tiras habituales, y se obtuvo valores significativamente altos con las "donadas" y normales con las nuestras.

Caso 2: Una paciente de 86 años, con antecedentes de ángor inestable y artrosis generalizada, acudió por dolor torácico. Al levantar una pierna

para bajar de una camilla tras la realización de un ecocardiograma (ECG) urgente en la sala de críticos se produjo una herida en una pierna. La camilla era inadecuada debido a que se trataba de una camilla indicada para transporte intrahospitalario instalada provisionalmente, con unas barreras de bisagra para abatirlas. La herida se produjo con una de las bisagras abatidas.

Destacamos que no se produjo ningún EA en el área de críticos por procedimientos de soporte vital avanzado, pese a que dos pacientes necesitaron soporte vital avanzado (SVA) con aislamiento de vía aérea mediante intubación orotraqueal.

En cuanto a la revisión de las historias clínicas informatizadas relacionadas con reconsulta en 24 horas (pacientes que acudieron al menos dos veces a la unidad de urgencias en 24 horas) y en ninguna se encontró EA derivados de la medicación.

Discusión

La baja tasa de EA obtenida se puede explicar porque sólo se consideraron en este estudio los EA relacionados con la atención urgente y no los relacionados con la actividad total del centro de salud, a diferencia de las tasas presentadas en otros estudios, como el estudio APEAS, donde no se hace esta distinción.

Pensamos que el hecho de que no hubiera ninguna notificación escrita pudiera deberse al temor de los profesionales ante posibles repercusiones administrativas o judiciales derivadas del EA^{14,15}. Actualmente estamos llevando a cabo una campaña de insistencia constante acerca de la importancia de notificar por escrito de forma inmediata la aparición de un EA, ya que ello conlleva, entre otras ventajas, la credibilidad de lo sucedido y la facilidad de investigación y corrección, a diferencia de actuar administrativamente en días posteriores a instancias de la reclamación del paciente o sus familiares acerca de lo sucedido, donde el profesional tiene propensión a actuar de forma defensiva exclusivamente.

En nuestro estudio, el EA más frecuente ha sido el error de identificación en la apertura del episodio clínico o historia clínica (producido en el lugar de recepción de pacientes), lo que conlleva (de no corregirse a tiempo) la generación de un episodio de asistencia urgente a una persona que no le corresponde. Como medida de mejora, se tomó la decisión de que al abrir un episodio de urgencias desde recepción, se exigiera, como datos mínimos, el nombre y apellidos, así como la fecha de nacimiento (no la edad en años).

Por otro lado, el uso de material "donado" (aquel material que los familiares de un paciente traen al centro de salud porque el paciente ya no lo usa), causante del caso número 1, es una práctica frecuente y, generalmente, se considera exenta de riesgos. En nuestro caso, se llegó al acuerdo de no aceptar ciertos materiales "donados" sin antes comprobar su estado, especialmente materiales fungibles. Hasta entonces no se realizaba ninguna comprobación previa al uso de estos materiales "donados".

Respecto al caso número 2, detectamos un descuido en las labores de ayuda en la movilización de pacientes ancianos por parte tanto del personal sanitario presente (médico y enfermera) como por parte del personal no sanitario (celador). Actualmente, dada la escasez de personal auxiliar en las unidades de urgencias de los centros de salud, consideramos que es norma y deber de cualquier personal (sanitario y no sanitario) que está presente, o se ha solicitado su presencia, colaborar en la seguridad durante la realización de pruebas complementarias, especialmente si presenta factores de riesgo biológico relacionados con la adecuada movilidad y autonomía del mismo (ECG, radiografías, suturas, etc.), y hacerlo desde que empieza la atención hasta que acaba la misma (lo que incluye la salida del lugar asistencial específico).

En ambos casos se realizó un ACR que concluyó en la retirada de las tiras "donadas" y la prohibición explícita del uso de material "donado" sin las comprobaciones de seguridad pertinentes, en mantener las bisagras de la camilla siempre abatidas y protegidas con material acolchado de forma provisional hasta el cambio de camilla por una sin barreras a los 5 días.

Ambos casos necesitaron corrección mediante tratamiento médico (caso 1) y quirúrgico (caso 2, sutura). La proporción de estos dos EA, que necesitaron tratamiento médico y quirúrgico en atención primaria, sí que fue similar a la reflejada en el estudio APEAS (17,1% en el estudio APEAS y el 18,8% -2 de 11 EA- en nuestro caso).

En la revisión de reconsultas en 24 horas se encontró que la causa principal (1,6%) fue la no respuesta duradera al tratamiento administrado en casos de algias agudas (dolores articulares crónicos y agudos principalmente y cólicos renoureterales) y patologías respiratorias crónicas (0,9%), sin encontrar ninguna consulta por EA debido a la administración de fármacos, pese a ser la más frecuente¹⁶. Desconocemos si existió algún EA que fuese asistido en nuestro hospital de referencia¹⁷, por no existir actualmente un canal de *feed-back* relacionado con los EA tras asistencia urgente en

atención primaria entre el hospital y nuestro centro de salud, colaboración que ya ha sido propuesta a la Dirección del Distrito Sanitario.

Estamos convencidos que la gestión de la seguridad de los pacientes que acuden a un dispositivo de urgencias de atención primaria es obligación tanto para la dirección del distrito sanitario y dirección del centro de salud como para los profesionales que integran el dispositivo. Creemos que entre todos, y aplicando una serie de principios de los sistemas de mejora en el trabajo, conseguiremos una mayor seguridad en los procesos asistenciales urgentes y en los pacientes que acuden a urgencias. Algunas de las recomendaciones de mejora en los sistemas de trabajo aplicables por los gestores sanitarios serían: simplificar los procesos asistenciales; reducir la confianza en la memoria (uso de recordatorios manuales e informáticos); mejorar el acceso a la información, especialmente el acceso a las historias clínicas de pacientes de otras áreas sanitarias del distrito, donde consten antecedentes importantes en la valoración urgente de los mismos (p.e. ECG previos informados, agudizaciones de procesos crónicos tratados previamente, intolerancia a fármacos, etc.); ajustar los horarios de trabajo al entorno (los turnos de trabajo excesivos pueden condicionar la mayor ocurrencia de EA, especialmente en cuidados críticos¹⁸); establecer perfiles profesionales para la atención a urgencias y emergencias^{19,20}; o facilitar herramientas que reduzcan los EA debidos a factores relacionados con los pacientes, como por ejemplo, las barreras idiomáticas. En este sentido, en nuestra unidad de urgencias usamos hojas con anamnesis escrita en seis idiomas (inglés, francés, alemán, chino, árabe y ruso)²¹.

Asimismo, los profesionales también deberían participar en la gestión de la seguridad del paciente usando más frecuentemente las herramientas disponibles, como: la historia clínica, que es el documento que contiene valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (la historia clínica es una de nuestras herramientas de registro, imprescindible para asegurar la continuidad asistencial, mejorar la calidad asistencial y disminuir el riesgo de EA); discusión de casos en sesiones clínicas específicas con fines de mejora de la atención (en una de las dos sesiones llevadas a cabo sobre EA, se tomó la decisión de establecer un "kit de anafilaxia" en el ATCE, dada la frecuencia de tratamientos endovenosos que allí se producen); o adecuación de protocolos, mediante la revisión y análisis de las disfunciones o falta de criterios de los mismos. El valor principal

de un protocolo es su contribución al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y reducir la variabilidad incompetente de la práctica médica. Los protocolos indican conductas recomendadas, fundamentadas en la actualización y la validez de los conocimientos científicos, están consensuados y no establecen criterios rígidos, no interfieren en la autonomía profesional, sino que ayudan a los médicos a un comportamiento diligente. Por otro lado, se debe participar activamente en la formación, que debe ser amplia, completa y continuada, ya que el manejo de las situaciones de urgencia y emergencia requiere una correcta formación técnico-médica y científica, agilidad en los razonamientos, seguridad y rapidez en la toma de decisiones y un adecuado nivel de interrelación y capacidad de coordinación de un equipo. Respecto a la formación sobre EA y seguridad clínica debe destacarse la necesidad no ya de mejorar conocimientos, sino de lograr una modificación de actitudes y nuevas habilidades de comunicación, destinadas a la mejora de la comunicación de situaciones consideradas EA para su análisis y prevención. Los sistemas de comunicación voluntarios, focalizados únicamente en la comunicación de los "cuasi-errores" y factores sistémicos que facilitan su aparición mejorarían la participación de los profesionales y favorecerían el uso de estos sistemas en el marco de una cultura no punitiva en la que se aprende de los errores²².

Otras organizaciones médicas dedicadas a las urgencias están tomando decisiones importantes en torno a la seguridad del paciente que recibe asistencia urgente y emergente, como la *American Academy of Pediatrics*, que en su comité sobre las emergencias pediátricas, insiste en concienciar sobre el tema de la seguridad y participar e insistir en las principales prácticas de seguridad (lavado de manos, comunicación de traslados, usos de guías, etc.)²³.

Por último, recientemente la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), en su manual de Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Atención Primaria²⁴ establece en el apartado D referente al Programa de Calidad, (puntos D4.1, D4.2 y D4.3) la necesidad de que existan sistemas de detección, análisis y corrección de accidentes, errores, complicaciones y reacciones adversas. Pensamos que debe ser un referente (el manual en su conjunto) para la mejora de los servicios de urgencias que estén planificados y organizados específicamente para la asistencia de urgencias en el ámbito de la atención primaria.

Bibliografía

- 1 Suñol R, Bañeres J. Conceptos Básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*. 2003;14:265-9.
- 2 Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Saied GA, Code CC, Caughey SC, et al. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc J*. 2004;170:1235-40.
- 3 Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
- 4 Muiño Miguez A, Jiménez Muños AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del Paciente. *An Med Interna*. 2007;24:602-6.
- 5 Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA. Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States. *Qual. Saf Health Care*. 2004;13:121-6.
- 6 Aranaz Andrés JM, Aibar Remon C, Vitaller Burillo J, Mira Solbes JJ, Orozco Beltrán D, Terol García E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 7 Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163:458-71.
- 8 Medical Risk Management Associates Failure Mode Analyst®. Disponible en: (Consultado 1 Junio 2009). Disponible en: www.com/psa-admin.htm y en www.ncps.med.va.gov/index.htm.
- 9 Plan Funcional de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud; 2003.
- 10 Bartolomé A, Gómez-Arnau JI, García del Valle S, González- Arévalo A, Santa-Ursula JA, Hidalgo I. Seguridad del Paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:228-34.
- 11 Ruiz-López P, González Rodríguez-Salinas C, Alcalde-Escribano J. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:71-8.
- 12 Aranaz JM, Vitaller J, y Grupo de Estudio del Proyecto IDEA: Identificación de Efectos Adversos. De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. *Estudios para la salud*, n.º 13. Valencia: Generalitat Valenciana; 2004.
- 13 Seven Steps to patient safety. A guide for NHS staff. (Consultado 1 Junio 2009). Disponible en: www.npsa.nhs.uk/sevensteps
- 14 Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing Harmful Medical Errors to Patients. *N Eng J Med*. 2007;356:2713-9.
- 15 Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-70.
- 16 Muiño Miguez A, Jiménez Muños AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del Paciente. *An Med Interna*. 2007;24:602-6.
- 17 Otero López MJ, Alonso Hernández Z, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2006;30:161-70.
- 18 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al. Effect of Reducing Intern's Work Hours on Serious Medical Errors Intensive Care Units. *N Engl J Med*. 2004;347:1249-55.
- 19 Taxis K, Barber N. Ethnographic study of incidence and severity of intravenous drug errors. *Br Med J*. 2003;326:684-7.
- 20 Wakefield A, Attree M, Braidman I, Carlisle C, Johnson M, Cooke H. Patient safety: Do nursing and medical curricula address this theme? *Nurse Educ Today*. 2005;25:333-40.
- 21 Hoja de entrevista clínica para extranjeros con problemas de idiomas. Fundación Progreso y Salud y Grupo de Atención al Inmigrante de la SAMFyC. Fundación Progreso y Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2004.
- 22 Younberg, BJ. Event Reporting: The Value of a Nonpunitive Approach. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51:647-55.
- 23 American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient safety in the pediatric emergency care setting. *Pediatrics*. 2007;120:1367-75.
- 24 Pérez-Montaut Merino I, Ávila Amat E, Durán Laviña J, Martínez de la Piza C, Melero Muñoz S, Pacheco Rodríguez A, et al. Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Ia. Madrid: Ed. Saned; 2009. p. 66.

Ensuring patient safety in an emergency primary health care service

Orellana Carrasco R, Zájara Porras M, Shevnina N, Rojas Quero M, Báez Cabeza A, Pérez-Montaut Merino I

Objective: Clinical safety and the risks affecting patients in their relations with the health care system have long been discussed in the health sciences. Certain settings, such as critical care units, are highly susceptible to error because of the many drugs and procedures they manage. Our main objective was to initiate analysis of adverse events in an emergency primary health care service, as well as to facilitate the identification and prevention of such events.

Methods: A working group was formed in November 2007 in our emergency primary health care service and charged with defining situations in which there is risk of adverse events, preventing such events, and analyzing and correcting those that occurred with a view to making ongoing improvements in patient care. We undertook a retrospective study of adverse event reports in 2008.

Results: We attended 75 525 consultations, and found 11 incidents (0,15‰). Nine were caused by errors in identifying the onset of the episode (referral errors) and 2 were events with scarce clinical consequences.

Conclusions: Mistakes in identifying the onset of a clinical episode or relevant medical history are the most common type of event. This error generates the need for an emergency department visit that could have been avoided if the error had been corrected in time. [Emergencias 2009;21:415-421]

Key words: Clinical safety. Adverse events. Emergency primary health care services.

El Comité Editorial de EMERGENCIAS agradece a todos los miembros de los Consejos Nacional e Internacional sus aportaciones a la Revista y a los miembros del Comité de Expertos su trabajo de revisión y mejora de la calidad de los manuscritos que se publican. También quieren hacer público su agradecimiento a las siguientes personas que, sin formar parte del Comité de Expertos, evaluaron trabajos y emitieron informes durante el 2009 a petición de este Comité de Redacción.

Ancinas, Patricia
Alonso, Enrique
Álvarez, Cesáreo
Anguita, Manuel Pablo
Arrizabalaga, Pilar
Asenjo, Miguel Angel
Camacho, Carmen
Carrasco, Juan Pedro
Carratala, José Manuel
Casal, José Ramón
Catalán, Rosa
Cester, Armando
Chayán, María Luisa
Cique, Alberto
Cuesta, Manuel
Daza, Manuel
Domínguez, Alberto
Fernández, Víctor
Fernández, Anselma
Ferrandiz, Santiago

Ferrer, Ana Isabel
Galicia, Miguel
García, Elisa
Garrido, Raúl Pablo
Gómez, Elisenda
González, Juan
González, Félix
Grau, Josep M.
Guerra, Jesús
Guil, Josep
Hernández, Humberto
Ibáñez, Jordi
Iglesias, Antonio
Izquierdo, Joan
León, Alberto
López, José Antonio
Lubillo, Santiago
Mallo, Susana
Martín, Francisco Javier
Martínez, Sergio

Mascaró, José Manuel
Mateos, Alonso
Mínguez, José
Miró, Gloria
Navío, Ana María
Nova, Antonio
Perea, Milagrosa
Pérez, José Luis
Pomar, Virginia
Puiguriquer, Jordi
Rabaneque, María José
Sánchez, Susana
Smithson, Alex
Souto, Fernando
Trilla, Antoni
Vázquez, Manuel
Velasco, María
Velilla, Joaquín
Zapico, Yolanda