

Seminario 2.2 Mejorando la Seguridad del Paciente. Una aproximación conceptual. Dr. Ulibarrena

Dicen que sucedió en un hospital de Navarra, pero bien podría haber ocurrido en uno de Alicante:

En la habitación 315 del servicio de Urología están ingresados Enrique Lozano, de 65 años de edad, y Enrique García, de 45. El primero va a ser intervenido de una neoformación de vejiga hoy lunes, 30 de julio. El segundo ingresó de urgencia en la tarde de ayer por un cuadro de hematuria copiosa; se le ha programado para urografía y ecografía, que se le realizarán en la mañana de hoy. Ambos han sido convenientemente preparados y, aunque llevan poco tiempo ingresados en la misma habitación, entre ellos se ha generado una corriente de simpatía. A las 8 de la mañana, Enrique García se está aseando en el baño. Ambos esperan un celador que les acompañe al servicio correspondiente.

El celador (Juan José Pérez) entra en la habitación y pregunta - *¿Enrique?* - *Sí soy yo. -Bueno, pues vámonos.* En el trayecto, Juan José intenta, con su simpatía habitual, contribuir a disminuir la ansiedad y preocupación que comúnmente desatan los pacientes cuando se les va a realizar una prueba o exploración en el hospital. Aparca la cama a la entrada del Servicio de Radiología y comenta en recepción: *es Enrique, el paciente de la 315 de Urología.* El técnico de radiodiagnóstico, cumpliendo con las más estrictas normas del programa de mejora de la calidad implantado en el servicio, se presenta al paciente y le comenta: *esta prueba va a durar un ratito, como usted fue preparado anoche, es de esperar que no tengamos ningún problema añadido. De cuando en cuando yo le hablaré pero usted no me verá, y es importante que esté relajado, le tenemos que hacer varias proyecciones y ahora, mientras yo termino de preparar el material, vendrá el enfermero para inyectarle el contraste. Cualquier duda que tenga, no dude en preguntarla a cualquiera de nosotros.*

Entre tanto, otro celador, Pascual Gómez, ha acompañado a Enrique García al quirófano. El anesthesiólogo, sorprendido por el aspecto tan juvenil del paciente, en la inducción anestésica, le pregunta -*¿Qué edad tiene, Enrique?* -*45 -*, le contesta. En ese instante el anesthesiólogo se percata de que ha habido un error y contacta con la planta donde, efectivamente, se lo ratifican y, a su vez, llaman al Servicio de Radiología, paralizan la exploración y cada paciente finalmente recibe los cuidados que necesitaba.

¿Qué ha pasado? ¡Ah!, pero ¿ha pasado algo?; pero si nadie ha sufrido ningún daño.

Entonces, *¿no hacemos nada?.* Sí, *damos gracias a Dios,* y perdemos una oportunidad de mejora importante.

¿Por qué ha sucedido? ¿Dónde, con quién comentamos lo sucedido?. Todos estos interrogantes son más importantes que el planteamiento de quién es el responsable del error cometido.

Si cuestionamos a las personas es posible que éstas no se vuelvan a equivocar, pero siempre habrá otras en riesgo de hacerlo mientras que, si cuestionamos los sistemas, si nos esforzamos por construir una organización que, centrada en el paciente, haga más seguros los cuidados, facilitaremos el ambiente para que las personas no se equivoquen. Y éste es el enfoque que nos recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.