

La seguridad del paciente a través del análisis de *Anatomía de Grey*; temporada 6, capítulo 6. Vi lo que vi

Antonio Martínez-Sabater, Maria Luisa Ballestar-Tarín, Maria del Carmen Casal-Angulo, Adrián Domínguez Romero

Departament d'Infermeria. Universitat de València. C/Jaume Roig, s/n. 46010 Valencia (España).

Autor para correspondencia: Antonio Martínez-Sabater. Correo electrónico: Antonio.Martinez-Sabater@uv.es

Recibido el 14 de agosto de 2015; aceptado el 11 de diciembre de 2015.

Como citar este artículo: Martínez-Sabater A, Ballestar-Tarín ML, Casal-Angulo MC, Domínguez Romero A. La seguridad del paciente a través del análisis de *Anatomía de Grey*; temporada 6, capítulo 6. Vi lo que vi. Rev Med Cine [Internet] 2016;12(2): 82-90.

Resumen

La seguridad del paciente constituye un problema de Salud Pública por las repercusiones que tiene en el proceso asistencial y en las personas atendidas. La visualización del capítulo "Vi lo que vi" de *Anatomía de Grey* permite valorar la importancia de un proceso de búsqueda de causas de un error y al mismo tiempo permite detectar situaciones cotidianas (estrés, organización, factores personales y ambientales) que aumentan la posibilidad de aparición de errores en el aula. Este proceso de búsqueda de situaciones permite al alumnado tomar conciencia de la importancia no sólo de los aspectos personales, sino de la multicausalidad del origen de los errores y la importancia de la planificación sanitaria.

Palabras clave: seguridad del paciente, urgencias, errores médicos.

Patient Safety Through the Analysis of *Grey's Anatomy*; Season 6, Episode 6 "I Saw What I Saw"

Summary

Patient safety constitutes a public health problem due to the repercussions that has in the care process and in the patients. The viewing of *Grey's Anatomy* Episode "I saw what I saw" allows to value the importance of searching for the causes of an error and, at the same time, allows to detect commonplace situations (stress, organization, personal and ambient factors) that increase the possibility of errors in class. The process enables students to realize the importance not only of personal aspects, but of multiple possible causes of errors and the importance of health planning.

Keywords: Patient Safety, Emergency Room, Medical Errors.

Los autores declaran que el artículo es original y que no ha sido publicado previamente.

Introducción

La salud es un derecho fundamental con dos dimensiones; como derecho social, relacionado y como derecho individual. La salud como derecho social se relaciona a las garantías de acceso a la atención sanitaria y requiere de la acción del Estado y de la misma sociedad para asegurar que las personas tengan acceso a la atención sin mediar el elemento económico. En este sentido, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) enuncia que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social¹. La salud como derecho individual, se centra en la relación que se da entre la persona usuaria de los servicios de salud y los y las profesionales encargados de prestar ese servicio. En el proceso de atención a los pacientes en cualquiera de los ámbitos asistenciales se enfrenta a la presencia constante de problemas de seguridad que pueden suponer consecuencias irreversibles a las personas atendidas, debiendo reconocer que las situaciones de riesgo son posibles y están presentes y siendo necesario la asunción de medidas para eliminar las situaciones de riesgo.

El término “Seguridad” podemos relacionarlo con el concepto de “seguro” (libre y exento de peligro, daño o riesgo), o como la obligación de indemnidad (estar libre de todo daño o riesgo). No obstante, conocemos que toda asistencia implica un riesgo para la persona (errores de prescripción de fármacos, fallos humanos, etc.) siendo necesario identificar aquellos aspectos que van a ser relevantes en la seguridad de las personas. Se define seguridad del paciente como “la ausencia de lesiones o complicaciones evitables, producidas o potenciales como consecuencia de la atención a la salud recibida” siendo consecuencia de la interacción y el equilibrio permanente de múltiples actuaciones del sistema sanitario y de sus profesionales, y mejorarla depende de un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema y supone desarrollar sistemas y procesos encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren o mitigar sus consecuencias².

La seguridad del paciente sigue siendo un desafío global para los sistemas de salud. Partiendo de las premisas “Lo primero es no hacer daño” y el derecho de las personas a recibir a una atención eficaz y segura, se debe de planificar la atención para planificar una atención segura en todo momento, eliminando y corrigiendo aquellas prácticas que se reconocen como inseguras², no obstante no será hasta la publicación del estudio *To err is*

human:building a safer health system en 1999, por el Instituto Americano de Medicina, el que logra situar el problema en el punto de mira sociopolítico, al aportar información relevante sobre la magnitud y consecuencias de los errores en la atención sanitaria, tanto en términos de morbilidad/mortalidad, como en relación con los costes económicos que ocasionan. Este informe supondrá un punto de inflexión al conseguir poner fin al período de negación previo, poner en acción a los grupos interesados en investigar la seguridad del paciente y motivar a los centros sanitarios en la adopción de cambios con el fin de hacer frente a la seguridad del paciente³⁻⁵.

Existen diferentes modelos explicativos que intenta explicar la aparición de eventos adversos como la “teoría de seguridad de dominó”, desarrollada por H.W.Heinrich y Alfred Lateiner, que indican la aparición de un accidente por la secuencia de eventos en cadena: historia (estilo de vida y personalidad de la persona), características personales (actitudes de la persona, nivel de conocimiento y condiciones físicas y mentales), actos y condiciones inseguras (condiciones y comportamientos inseguros en el trabajo que desarrolla), el accidente (evento no planeado provocado por un acto o condición peligrosa) y la herida (el daño que se le produce a la persona), pudiendo incidirse en los actos y condiciones inseguras con el fin de establecer medidas preventivas. En este sentido, los autores indican que en el ámbito de seguridad del paciente se desarrolla el modelo “iceberg” que establece relación entre los eventos adversos (graves y leves) e incidentes (por cada un evento grave ocurren 30 leves y 300 incidentes sin daño⁶). Otro de los modelos explicativos es el modelo de Reason, representado mediante lonchas de queso que representan las barreras del sistema sanitario para reducir los riesgos de las actividades sanitarias, evitando así los efectos adversos, en él vemos como los agujeros que aparecen en las lonchas son imperfecciones, si éstas se alinean simultáneamente se produce entonces el efecto adverso⁷. En este sentido con la finalidad de prevenir nuevos efectos adversos, visibilizar la existencia y mitigar las consecuencias, se han desarrollados modelos de causalidad en función del modelo de Reason (Organizational Accident Causation Model) que tienen en cuenta la planificación de la organización (identificación de acciones inseguras), el contexto y la aparición de factores contributivos (fatiga, falta de experiencia, inadecuada supervisión, sobrecarga de trabajo, déficit en la comunicación entre el equipo, etc.), junto con los factores individuales de las personas atendidas (experiencias previas, características personales) junto con las decisiones del ámbito gerencial y directivo de la institución ya que afectan directamente a los equipos de trabajo⁸.

El cine permite el desarrollo de aspectos que forman parte de la realidad, pudiendo ser aprovechadas las fuentes fílmicas como fuente histórica y etnográfica, cumpliendo un rol pedagógico, y permitiendo la expresión de situaciones que producen cambios sustanciales en las personas que las viven (enfermedades, dolencias, etc.)⁹⁻¹¹, al mismo tiempo se convierte en una herramienta docente para la formación pregrado. Ha sido frecuente en el cine la aparición de problemas de seguridad del paciente en diferentes películas, y siendo de referencia en programas formativos respecto a la Seguridad del Paciente, incluyéndose títulos como *Anatomía de un hospital/ The Hospital* (1971) de A.Hiller o capítulos de *Dr.House/ House Md* (2004) de G.Yaitanes; *Anatomía de Grey/ Grey's Anatomy* de S.Rhimes o *Urgencias/ Emergency Room (E.R.)* de Michael Chrichton¹². No obstante, existen más películas que tratan en algún momento la importancia y consecuencias de los errores médicos como *Veredicto final/The Verdict* (1982) de Sidney Lumet¹³ o *Error Médico/ Malpractice* (2001) de Micky Dolenz.

La importancia del capítulo analizado es que nos permite valorar el proceso de análisis retrospectivo de un error, permitiendo valorar el proceso de evaluación así como la detección de situaciones contributivas.

La serie y el capítulo

Anatomía de Grey/ Grey's Anatomy es una serie creada por Shonda Rhimes, estrenada en 2005 y en el que el Hospital Seattle Grace sirve de escenario para narrar las vidas de cinco jóvenes recién licenciados en medicina que comienzan su formación de postgrado, entre ellos Meredith Grey (Ellen Pompeo). A través de la actividad del equipo quirúrgico, la serie transmite el frenético ritmo, el estrés al que se ven sometidos los personajes y sus actitudes frente al trabajo en equipo, los pacientes y los errores, así como la trascendencia de los problemas personales sobre el trabajo diario. Entre sus capítulos, se desarrollan situaciones relacionadas con la seguridad como errores relacionados por la cirugía, la presión y el cansancio¹².

Ficha técnica

Título: "Anatomía de Grey"; temporada 6, capítulo 6. Vi lo que vi.

Título original: " Grey's Anatomy"; Season 6, episode 6 I Saw What I Saw.

País: EEUU.

Estreno: 22 Octubre 2009. España: 29 Diciembre de 2009

Dirección: Allison Liddi-Brown.

Música: Danny Lux.

Fotografía: Herbert Davis.

Montaje: David Greenspan.

Guion: William Harper sobre la serie creada por Shonda Rhimes.

Interpretes: Ellen Pompeo, Sandra Oh, Katherine Heigl, Justin Chambers, Chandra Wilson, James Pickens Jr., Sara Ramírez, Eric Dane, Chyler Leigh, Kevin Mckidd, Jessica Capshaw, Patrick Dempsey. Robert Baker. Sarah Drew,...

Color: color.

Duración: 60 minutos.

Género: drama, romance.

Productora: ShondaLand; The Mark Gordon Company, ABC Studios.

Sinopsis: se ha producido la fusión de los dos hospitales, y la falta de coordinación, los diferentes métodos de trabajo y los malentendidos podrían haber tenido como resultado la muerte de una paciente, que llegó a urgencias con quemaduras graves. Todos los residentes del Seattle Grace y el Mercy West implicados en el proceso asistencial deberán dar explicaciones sobre su responsabilidad en él, con el fin de determinar la culpabilidad y las medidas a tomar por la dirección.

Enlace: <http://www.imdb.com/title/tt1497732>

La trama y análisis del capítulo

En la tabla 1 se puede observar la cronología del capítulo que consiste en un análisis retrospectivo de un suceso adverso que ha supuesto la muerte de una paciente. El capítulo se fundamenta en el proceso de investigación con continuos flashback en el que se observan cada uno de los aspectos estudiados en función de la persona entrevistada permitiendo la visión de diferentes perspectivas.

Los errores y los eventos adversos pueden tener su origen en diferentes niveles de la atención; por ejemplo desde problemas en la estructura institucional a errores humanos a nivel de la atención directa a las personas. La magnitud del problema, tanto a nivel epidemiológico como en las repercusiones y la existencia de soluciones efectivas, factibles y sostenibles ha supuesto que diferentes organizaciones hayan establecido la prioridad en la Seguridad del Paciente^{4,14}. La estrategia de la OMS se centra en promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria

Tabla 1. Cronograma del capítulo.

Tiempo	Situación descrita
0:14	Introducción de Meredith. Voz en off. Perspectiva de los profesionales en la búsqueda de los procesos. Se ve a los médicos esperando en un pasillo
0:52	Se inicia el diálogo con expresiones como "No era mi paciente" o "Van a despedir a alguien".
1:18	Se inicia una pelea entre dos facultativos
1:30	Aparece el jefe indicando que el suceso es inexcusable y que van a permanecer en el lugar hasta la aparición del responsable
1:52	Se realiza la llamada a Han (Urgencias)
2:15	Se presenta el equipo de investigación. Un miembro de la Junta del Hospital y una asesora jurídica
2:21	Exposición de la situación de Urgencias en el momento del suceso. Ingresos múltiples con patologías graves por un incendio
2:30	Revisión de los profesionales médicos que estaban en el momento. Desconocimiento de los nombres de los miembros del equipo
2:42	Al buscar quién atendió a la paciente se indica que "todos estaban en todas partes" aunque el historial fue recepcionado por la Dra. Yang
2:51	La Dra. Yang indica que no era su paciente. Estuvo un momento y fue requerida en otro lugar
3:11	Reflexión respecto a la llegada de nuevos profesionales al Servicio (tras la fusión con el Hospital Marcy West)
3:35	Llegada de la Dra. Yang a Urgencias, se está distribuyendo el trabajo ante la llegada de pacientes
3:41	A la Dra. Yang se le asigna "Una con quemaduras y su hijo", mientras mira el historial es requerida por Bailey y cede el historial a un médico pero no sabe a quien
4:17	La Dra. Kebner reconoce haber cogido el historial y considera que le han asignado el caso más aburrido para quedarse con los mejores
4:30	La Dra. Kebner inicia la exploración mientras la paciente (Kathy Becker) le cuenta el viaje. Mientras van entrando pacientes de apariencia más grave e indican que los buenos se los quedan ellos
5:30	Tras indicarle que abra la boca para realizar la exploración, entra un paciente con un cuerpo extraño (hacha de incendios) en tórax
5:45	Tras ver al paciente nuevo indica que las quemaduras no son graves y llama al Cirujano Plástico, momento en el que va a ayudar a la Dra. Bailey
6:20	Se ha producido hemorragia por extracción de cuerpo extraño y hemorragia arterial
6:25	La Dra. Bailey es entrevistada e indica que uno de sus médicos se desmayó arrancando el hacha de incendios por no haber comido tras la transfusión
6:40	Durante la transfusión, los médicos del Mercy West indican que se pierden por el hospital al desconocer su estructura. Se indica que han llegado a perder pacientes no encontrando colaboración por parte de los "compañeros"
7:05	Mientras están donando se produce la llamada a Urgencias
7:53	Se produce la exploración del paciente del cuerpo extraño. El médico (Dr.Percy) reconoce que no había comido y pierde el conocimiento arrancando el hacha y produciéndose una herida al caer
8:59	Mientras Sloan cura a la paciente quemada es requerido para atender a otro paciente y se queda al cargo la Dra. Grey
9:05	Grey es requerida por la Dra. Robbins para atender a un paciente "gran quemado"
9:30	Mientras realiza la cura de la paciente, se oyen alaridos del dolor del paciente que ha llegado
9:55	Grey entra a la sala donde se encuentra el paciente con quemaduras extensas y que sigue quejándose de dolor y preguntando por su padre
10:17	Sloan le proporciona solución a Grey para "el olor" de las quemaduras
10:33	El tribunal pregunta quién se quedó con la paciente quemada, Grey indica que Rita pero esta dice que estaba con su hijo
11:17	Rita acude a ayudar a Torres con un bombero politraumatizado
11:37	El paciente presenta anisocoria y abdomen en tabla
11:54	El tribunal indaga sobre el dolor de la paciente quemada (Kathy Becker) y de quién era paciente. Nadie asume la responsabilidad.
12:46	Yang le pregunta a Carew si es su paciente (al estar las iniciales en la Historia Clínica) mientras habla por teléfono resolviendo problemas personales
12:58	Carew indica que no era su paciente. Refieres estar cosiendo al "Comesuelos" al no conocer el nombre del compañero (Dr.Percy)
13:23	Percy indica que Carew estaba pendiente del teléfono móvil
13:45	El tribunal indaga respecto a quién le recetó la morfina
14:00	Yang reconoce haber pautado la morfina, comprobando la historia pero sin hacer seguimiento. Avery resalta el mal ambiente de trabajo existente
14:36	Torres indica saturación del hospital y que los pacientes permanecerán en Urgencias
14:50	El bombero escucha al paciente quemado chillar (le ha salvado la vida)
15:50	Lexie Grey abandona la sala de Trauma mientras se realiza una escarotomía al paciente
16:43	Al salir, el hijo de la paciente le indica que su madre no respira
16:56	Paciente cianótica con distrés respiratorio. Lexie sospecha de un neumotórax
16:59	Un miembro del tribunal desconoce qué es un neumotórax
17:19	Dudas respecto al procedimiento. Mientras cuenta los espacios Avery introduce un catéter sin buscar el lugar
18:07	Procedimiento de colocación de drenaje refiriendo estar distraída porque Yang está haciendo llorar al hijo de la paciente
19:03	El bombero entra en fibrilación ventricular iniciándose la reanimación en la sala de urgencias, tras puño-percusión el niño coge las palas del desfibrilador
19:47	Lexie Grey se hace cargo del niño dejando a la madre sólo
20:30	Lexie vuelve a Trauma al ser requerida. Se le indica que debe disimular sus emociones
21:10	Kathy Becker entra en parada respiratoria y Percy intenta intubación mientras la enfermera corta la sutura

Tabla 1. Cronograma del capítulo (continuación).

Tiempo	Situación descrita
21:24	Nuevos intentos de intubación por "Tráquea Cerrada"
22:00	Carew intente cricotiroidotomía
22:48	Los compañeros indican que Carew estaba alterado, pálido, tembloroso, etc.
22:58	Carew abre "a ciegas" mientras los compañeros le indican que no le corte la carótida
23:30	El tribunal pregunta a Carew respecto a la donación de sangre
24:45	Refieren problema de comunicación durante la urgencia ya que Carew continuaba hablando por teléfono
25:15	Carew atiende la llamada de Izzie
26:45	Finaliza traqueotomía
27:11	Tras estabilización inicial, empeoramiento de la paciente. Sospecha de edema pulmonar y SDRA
27:53	Llegada analítica. Hemólisis
28:00	Reanimación. Todos los médicos trabajando descoordinados
28:31	Fallo multiorgánico
29:09	Tras desfibrilación detectan hemorragias
29:19	En la entrevista, tras recapitular, la Dra ADAMSON ata cabos y encuentra el momento del error inicial e indica qué sabe la causa de la muerte
29:40	Reanimación caótica. Todo el mundo hablando y actuando de forma descoordinada
29:52	Llega Dereck actúa como líder y pregunta quién en su médico para certificar la muerte
30:29	La Dra Kebner es llamada nuevamente al tribunal. El jefe le indica que no la conoce pero que ha tenido buenas referencias
31:57	Kebner indica como posible causa la inhalación de hollín, pero al recordar indica que no le reviso la garganta al despistarse por la entrada de un nuevo paciente
33:16	El jefe indica que "fue un simple error" pero las consecuencias suponen su despido
35:22	Llegada del marido y recogida del niño
35:40	Dereck indica que no son los médicos. Justifica el jefe la necesidad de buscar un responsable. Dereck recalca el caos del servicio, la falta de conocimiento y el error del sistema. Por lo que se debería buscar otra responsabilidad
37:25	Voz en off de Meredith indicando la necesidad de buscar una perspectiva nueva
38:00	La compañera defiende la profesionalidad de sus compañeras frente a los comentarios de sus compañeros
38:40	Yang indica que todos han tenido errores pero que ninguno de sus pacientes ha muerto y por eso no han sufrido las consecuencias

moderna, definiéndose como "Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria". En un primer momento, con el fin de optimizar las intervenciones, se priorizaron en función del impacto evidencia, solidez y viabilidad, centrándose las soluciones entre otras en la mejora de la higiene de manos, la identificación de las personas y la comunicación durante el traspaso de pacientes. Posteriormente, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, identifica seis campos de acción entre los que se encuentra el desarrollo de "Soluciones para la seguridad del paciente", lanzando como primer desafío en el año 2005 el programa "Una Atención Limpia es una Atención más Segura", que fue diseñado para enfrentar el problema de las IAAS (infecciones asociadas a la actividad asistencial)¹⁵, aunque respecto a las medidas planteadas, ha de tenerse en cuenta que una de las medidas básicas para la prevención de infecciones es el lavado de manos, pese a que se aplican en un número de ocasiones inferior a las necesarias y es por ello que se convierte en una de los objetivos de los diferentes estrategias para disminuir las infecciones nosocomiales¹⁶⁻¹⁸.

La práctica clínica diaria se ve influenciada por factores que incluyen factores organizativos y de gestión, componentes del equipo de trabajo, componentes individuales o del personal, de la ocupación y/o del paciente¹⁹. Así debe tenerse en cuenta que la aparición de eventos adversos aumentan en las unidades de urgencias y cuidados intensivos por la especialización, debiendo tener en cuenta que el 40% de los pacientes ingresados en las UCI tienen el riesgo de padecer un EA y de esos un 60% son evitables, alcanzándose una tasa de eventos adversos de 2.04 por cada 100 pacientes hora^{20,21}. La presencia de problemas de seguridad como infecciones nosocomiales como las infecciones del sitio quirúrgico y úlceras por presión entre otras, presenta elevadas repercusiones personales, sociales y/o económicas a nivel del paciente, sociedad y del sistema (fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento de consumo de recursos asistenciales en relación con la atención sanitaria^{22,23} y para la institución²⁴⁻²⁶, y ha hecho necesario la adopción de medidas para la prevención de eventos adversos, con el fin de mejorar la calidad asistencial, del que la seguridad del paciente es una dimensión clave, y que incluye

las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud⁴.

En el caso del capítulo, la muerte de una paciente que inicialmente no revestía de complicaciones supone un proceso de investigación para averiguar la causa del error (Fotos 1 y 2). La visibilización en el capítulo de las diferentes situaciones de riesgo que ocurren en la práctica asistencial (trabajo en equipo, estrés de la unidad de urgencias, etc.) y las repercusiones que pueden presentar en la atención de las personas, supone una reflexión sobre las consecuencias y la apertura de la investigación. En el final del capítulo, el jefe Weber indica que la búsqueda de responsables se ha iniciado por las consecuencias finales (muerte de la paciente), en esos momentos otros miembros del equipo indican que “todos han cometido errores pero han tenido la suerte de no tener consecuencias”.



Foto 1. Espera de los implicados en el evento.



Foto 2. Constitución y presentación del Comité.

Si bien algunos autores indican que el error humano es inevitable, deben establecerse medidas por parte de los sistemas con el fin de minimizar los daños, debiendo para eso implicarse a las/los profesionales en la defensa de los intereses de las personas atendidas y adoptarse una cultura del análisis de error de forma abierta y permanente, debiendo ser utilizado el error como una base para el aprendizaje²⁴. Pese al elevado número de casos indicados en los estudios nacionales o internacionales, diferentes estudios indican que los pro-

fesionales sanitarios, pese reconocer experiencias con situaciones de riesgo, no reconocen la sensación de urgencia²⁷. No obstante, respecto a la cultura de seguridad, existen diferentes estudios en unidades de urgencias que sugieren acciones de mejora para incrementar el nivel de cultura de seguridad entre los y las profesionales²⁸. La alta proporción de errores potencialmente prevenibles hace necesario identificar las causas y establecer medidas para reducir sus efectos, debiendo tener en cuenta que el error no tiene un origen único sino que tiene un componente multicausal²⁹ (Foto 3).



Foto 3. Momento final de la reanimación.

No obstante este origen multicausal, que si bien se observa en el capítulo que ocurre (situación de estrés, falta de conocimiento entre los profesionales, falta de historia clínica, elementos de dispersión, etc.); no se refleja en el proceso de búsqueda indicado en el que únicamente se valora un único error que se considera que ha sido la causa fundamental del deceso.

Lograr una atención sanitaria más segura requiere un aprendizaje continuo sobre cómo interaccionan los diferentes componentes del sistema, lo que implica, por un lado, poner en práctica actuaciones con demostrada efectividad para reducir la probabilidad de aparición de fallos y errores aumentando la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, y generar, mediante la investigación, nuevo conocimiento sobre los factores que pueden contribuir a mejorar la SP y la calidad asistencial⁴. El método ha de elegirse en función de los objetivos y los recursos que existen, así podemos distinguir como se indica en la Tabla 2, la realización de estudios “a priori” o “a posteriori” entre otras opciones disponibles⁴. Así, mediante la gestión del riesgo clínico el énfasis se centra en el ambiente de trabajo y en el contexto organizativo que es la causa inmediata del incidente según el modelo de Reason, este enfoque proactivo pretende identificar, evaluar y priorizar los riesgos, minimizando las consecuencias negativas¹⁴.

Tabla 2. Métodos de investigación de sucesos adversos.

En función del tipo de estudio	Retrospectivo	Son más fáciles y efectivos en la incidencia de EA, detectando únicamente los EA documentados, subestimando los prevenibles y pudiendo pasar inadvertidos errores graves si no han producido daño, no permitiendo analizar generalmente los factores predisponentes o causas
	Prospectivo	Más costosos en tiempo y recursos. Cuantifican mejor la incidencia de los SA evitables Describen mejor las causas y consecuencias Útiles en los programas de reducción de riesgo
	Transversal	
En función del momento de inicio tras el evento	A priori (priori). Técnicas como el Análisis Modal de Fallos y sus Efectos (AMFE)	Permite detectar puntos críticos Evitar los daños antes que se produzcan
	A posteriori	Analizando las variables asociadas al daño (factores de riesgo)
En función del ámbito de estudio	Individualizada, mediante técnicas de investigación de accidentes	Analiza la cascada causal y los fallos latente
	Agrupada, mediante estudios epidemiológicos	Permite caracterizar el daño e identificar las características que lo hacen evitable

Elaboración propia a partir de Aranaz Andrés JM et al (2).

Las estrategias de mejora en Seguridad de paciente y el conocimiento de los eventos adversos relacionados con la asistencia, así como la implantación de sistemas de notificación mejorar la comunicación y establecer medidas para disminuir, detectar y mitigar los eventos adversos³⁰. Al mismo tiempo, el uso de una taxonomía común, permite sistematizar la información para el análisis de éstos y la comparación con otros estudios y situaciones³¹. Respecto a los sistemas de notificación pueden clasificarse en obligatorio y/o voluntario, externo y/o interno, no obstante ha de cumplir las condiciones ideales de ser confidencial, no punitivo, independiente, analizado por experto, a tiempo real y orientados a sistemas¹⁴.

En el capítulo descrito, muchas de las situaciones adversas producidas no se valoran como situaciones de riesgo por el comité: uso de móvil, chillidos, problemas organizativos, etc. Al mismo tiempo, el sistema de notificación descrito adquiere un carácter "punitivo", con el despido de la persona responsable, factor que supondrá una infranotificación de incidentes futuros.

Respecto a la investigación, tradicionalmente se ha utilizado la investigación cuantitativa con el fin de

alcanzar la mejora de la calidad y la disminución del número de errores, pero si el objetivo planteado es la comprensión de la causa es necesario la complementariedad con la metodología cualitativa ya que tras un evento adverso y/o incidente se debe valorar todo lo que rodea al acto asistencial y eso supone analizar no sólo el error humano (activo) sino también lo que se denominan errores del sistema o errores latentes. Para realizar la evaluación y análisis retrospectiva o reactiva ("a posteriori"), existen diferentes técnicas sistematizadas y estructuradas como el análisis causa raíz (ACR) (preferentemente para el análisis de eventos graves), el modelo causal organizativo de accidentes (puede ser usado en todo tipo de evento adverso provoquen daño grave o leve al paciente así como en incidentes) y la auditoría de eventos significativos (AES) (analizar eventos que han producido daños leves o bien incidentes que relacionados con la seguridad del paciente no han provocado daños al mismo (Tabla 3)³².

En el capítulo no se plantea mejora la calidad sino que se pretende la búsqueda de un culpable para evitar daños al hospital económicos y evitar repercusiones legales. Si bien diferentes miembros del equipo como

Tabla 3. Técnicas de análisis retrospectivo.

	Análisis Causa-Raíz (ACR)	Modelo Causal Organizativo de accidentes	Auditoría de eventos significativos (AES)
Fase 1	Detección suceso centinela (con daño al paciente)	Identificar y decidir qué investigar (incluso incidentes sin daño)	Acción inmediata
Fase 2	Formación grupo de trabajo	Selección del equipo investigador	Recopilar información
Fase 3	Recogida información	Obtener y organizar la información	Reunión
Fase 4	Reconstrucción del hecho	Establecer la cronología del accidente	Analizar el evento adverso
Fase 5	Elaboración del mapa de suceso	Identificar las acciones inseguras	Poner en marcha las acciones de mejora
Fase 6	Análisis de las causas subyacentes: Diagrama de Ishikawa	Averiguar los factores contribuyentes	Informar y compartir
Fase 7	Plan de acción y propuesta de soluciones	Elaborar un plan de acción con recomendaciones	

Elaboración propia a partir de Olivera Cañada G et al. (32).

Dereck indican que el sistema es el que ha fallado y que hay que buscar esas soluciones, el comité zanja el tema con el despido de la médico.

Respecto a las características del equipo investigador deben contar con grupos coordinados interdisciplinarios conocedores del proceso o sistema implicado, con información veraz y con capacitación en técnicas de calidad y si es posible sin relación con el incidente³². No obstante, las características del equipo descrito en *Anatomía de Grey* no cumple estos aspectos ya que lo preside el jefe de la unidad y los otros dos miembros son desconocedores de aspectos básicos como el concepto de neumotórax, etc.

Por último, debe tenerse en cuenta respecto a las consecuencias de los problemas de seguridad del paciente, junto a las repercusiones económicas, personales y para la organización², aparece la tercera víctima o la afectación a los profesionales implicados. Así en el capítulo, una vez resuelto el caso, los propios compañeros de la afectada cuestionan su profesionalidad y conocimientos, con las consecuencias que van a tener para el desarrollo futuro.

Interés para la docencia

La visualización del capítulo "*Vi lo que vi*" y el posterior análisis permite, desde el ámbito docente, prestar atención a aspectos básicos en la actividad profesional y valorar las consecuencias de los diferentes aspectos de la práctica asistencial. La figura de un líder u organizador, el uso de protocolos y guías de práctica clínica, junto con aspectos como es estrés laboral, el conocimiento de los miembros del equipo de trabajo, la presencia de incidentes

y la notificación de éstos son aspectos que permiten mejorar al final la calidad asistencial.

Referencias

1. Sánchez García AM, Martínez Sabater A, Merelles Tormo A. El Practicum en el Grado de Enfermería. Madrid: Bubok; 2012.
2. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Marco Conceptual de la seguridad clínica del paciente. En: JM Aranaz, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, editores. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Díaz de Santos; 2008.
3. Leape LL. Scope of problem and history of patient safety. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008;35(1):1-10.
4. Aibar-Remón C, Aranaz-Andrés JM, García-Montero JI, Mareca-Doñate R. La investigación sobre seguridad del paciente: necesidades y perspectivas. *Med Clin (Barc).* 2008;131 Suppl 3:12-7.
5. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del Paciente. Sevilla: Consejería de Salud. De la Junta de Andalucía; 2006. [Consultado el 1 de Marzo de 2015].
6. Enciclopedia de la OIT. Accidentes y Gestión de la Salud. 20 de febrero de 2012 [Consultado el 1 de Marzo de 2015].
7. Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000; 320(7237): 768-770.
8. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of Clinical Incidents. The Londo protocol [Internet]. [Consultado el 1 de Marzo de 2015].
9. Siles J, Cibanal L, Vizcaya M, Solano C, García E. La enfermería a través del cine: un estudio histórico y transcultural. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería.* 2008; 14(10):761-80.
10. Martínez-Sabater A, Siles González J, Sancho Cantus D, Solano Ruiz C. *La balia* (1999). Una visión de las nodrizas en los albores del siglo XX. *Rev Med Cine [Internet].* 2012;8(2): 59-66.
11. Felippa MG, Livia Mansilla S, Sampayo R, Gabriela Sabelli MJ, Capul L, de Zambonini SR, et al. Cine y enseñanza de la enfermería *Rev Med Cine [Internet].* 2015; 11(1):34-40.
12. Aibar Remón C. Unidad didáctica 10. El cine: un recurso para el debate y el aprendizaje. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Seguridad del Paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. 2010. [Consultado el: 14 de 07 de 2015].

13. Iruela LM. Los errores médicos en el cine. *Jano*. 2005; 68(1554):610-3.
14. Menéndez MD, Rancaño I, García V, Vallina C, Herranz V, Vazquez F. Uso de diferentes sistemas de notificación de eventos adversos: ¿mucho ruido y pocas nueces? *Rev Calid Asist*. 2010;25(4):232-6.
15. Soule BM. Seguridad del paciente. En: Friedman C, Newsom W, editores. *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC*. Portadown (UK): International Federation of Infection Control, 2011, p.1-16.
16. Dierssen-Sotos T, Robles-García M, Valbuena-Moya S. Lavado de manos: experiencias de dos comunidades autónomas. *Med Clin (Barc)*. 2008;131 Suppl 3:60-3.
17. Palomar Martínez M, Alvarez Lerma F, Riera Badía MA, León Gil C, López Pueyo MJ, Díaz Tobajas C, et al. Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. *Med Intensiva*. 2010;34(9):581-9.
18. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32.
19. Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *BMJ*. 1998;316(7138):1154-7.
20. Wu AW, Pronovost P, Morlock L. ICU incident reporting systems. *J Crit Care*. 2002;17(2):86-94.
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva. Seguridad y riesgo en el enfermo crítico. SYREC 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
22. Sorlí L, Montero MM, Horcajada JP. Medidas preventivas de las infecciones de la herida quirúrgica. En: Castaño JP, Castillo J, Escolano F, Gallart L, Montes A, Samsó E, editores. *Seguridad del paciente quirúrgico*. Madrid: Ergón; 2010. p. 187-193.
23. Chacón-Ramírez S, Andrade-Castellanos CA. Infecciones del sitio quirúrgico. *Medicina Hospitalaria*. 2013;1(2):27-30.
24. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Ciruj*. 2008;76(4): 355-361.
25. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes*. *Gerokomos*. 2011;22(2):77-90.
26. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Posnett J, Verdú Soriano J, San Miguel L, Mayan Santos J M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos*. 2007; 18(4):201-206.
27. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*. 2002;347(24): 1933-40.
28. Roquetas-Egea F, Tomás-Vecina S, Chanovas-Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Emergencias*. 2011. 23 (5): 356-64.
29. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. *N Engl J Med*. 1991;324(6): 377-84.
30. Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García ME, Cabrera Aguilar FJ. Seguridad del paciente. *An Med Interna*. 2007;24(12):602-6.
31. Otero López MJ, Codina Jané C, Tamés Alonso MJ, Pérez Encinas M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. *Farm Hosp*. 2003;27(3):137-49.
32. Olivera Cañada 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. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria [Internet]*. 2003. [Consultado el 15 de junio de 2015].



Antonio Martínez-Sabater. Doctor en Enfermería. Profesor Contratado Doctor. Departament d'Infermeria. Universitat de València.



María Luisa Ballestar-Tarín. Doctora en Psicología. Profesora Contratada Doctor. Departament d'Infermeria. Universitat de València.



María del Carmen Casal-Angulo. Enfermera. Doctoranda en Enfermería. Departament d'Infermeria. Universitat de València.



Adrián Domínguez Romero. Experiencia profesional en unidades de críticos, urgencias y cirugía cardiaca.