

## La seguridad de los pacientes y las Unidades de Cuidados Críticos

VIVIANA E. RODRÍGUEZ

Doctora en Medicina (UBA)

Profesional certificado en Seguridad del Paciente (NPSF)

Coordinadora del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente del IECS

*“La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa.”*

Chantler C, 1999

El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos publicó en 1999 el informe *To err is human* sobre error en la atención de la salud. El informe mostró que entre 44 y 98 mil personas morían en los hospitales estadounidenses cada año como resultado de errores prevenibles. Otros estudios internacionales, como el realizado por el grupo de trabajo *Hospitals for Europe* para la calidad de la atención hospitalaria, estimó, en 2000, que uno de cada diez pacientes en los hospitales de Europa sufre eventos adversos relacionados con su cuidado. Un 43% de esos eventos son evitables, según el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) de España. Los resultados publicados por Jha et al, más recientes, estiman unas 421 millones de hospitalizaciones al año en el mundo y 42,7 millones de eventos adversos. Estos eventos adversos podrían resultar en 23 millones de años de vida perdidos por año. La mayoría de los eventos adversos ocurren en los servicios clínicos. Sin embargo, los de mayor riesgo, se producen en las Unidades de Cuidados Críticos, derivados del uso de la tecnología, el tipo y el número de intervenciones, la gravedad y la complejidad de los pacientes quienes reciben medicación de alto riesgo.

A diferencia de las industrias de alto riesgo, que instituyeron medidas de prevención y de control de la calidad hace varias décadas, la salud comenzó a desarrollar iniciativas más consistentes en las últimas dos décadas. La evolución de la seguridad industrial logró reducir el número de eventos adversos a menos de 4 en un millón, mientras que la atención de la salud, todavía, provoca entre el 5% y el 10% de daño.

El riesgo asociado a la asistencia de la salud está relacionado con la complejidad creciente y con la interacción de factores organizativos, personales de los

profesionales y clínicos de los pacientes. Los daños que se pueden ocasionar a los pacientes y el costo que suponen para el sistema son de tal relevancia que las principales organizaciones de salud, como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, así como diversas agencias y organismos internacionales, proponen planes, acciones y medidas legislativas que permitan controlar los efectos adversos evitables en la práctica clínica. En este contexto, comienza a difundirse una metodología denominada **seguridad del paciente**. La seguridad del paciente puede definirse como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias científicamente probadas, que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias”.

Pasados varios años del informe del *Institute of Medicine*, se han hecho algunos avances en el área de la seguridad del paciente, aunque queda todavía mucho por mejorar.

Mejorar la seguridad requiere alcanzar un consenso entre expertos, políticos, proveedores y ciudadanos, que permita instaurar una cultura que promueva el conocimiento y el análisis de los errores para conseguir una asistencia más segura. Las principales organizaciones sanitarias internacionales recomiendan a los gobiernos que sitúen la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes, promuevan la comunicación de incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes y favorezcan la formación de profesionales en el análisis de causas para prevenir errores.

La Organización Mundial de la Salud propone “Nueve soluciones para la seguridad del paciente”, a fin de ayudar a reducir los daños relacionados con la atención de la salud. Las soluciones han sido formuladas por el Centro Colaborador de la OMS para la Seguridad del Paciente.

### Las soluciones para la seguridad del paciente se centran en las siguientes cuestiones:

- Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
- Identificación de pacientes.
- Comunicación durante el traspaso de pacientes.
- Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
- Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
- Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
- Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.

Además de estas soluciones de la Organización Mundial de la Salud, las revisiones que se plasman en el documento *Making Health Care Safer* de la Agencia de Seguridad en Salud de los Estados Unidos (AHRQ) han identificado una serie de actividades o medidas que cuentan con la evidencia como para considerarse recomendaciones fuertes:

- El uso de la lista de verificación quirúrgica.
- Los paquetes de medidas, que incluyen una lista de verificación, para prevenir las bacteriemias asociadas a catéteres venosos centrales.
- Las intervenciones para reducir las infecciones asociadas a sondas urinarias.
- Los paquetes de medidas para prevenir las neumonías asociadas a ventilación mecánica.
- La higiene de las manos.
- Las listas para no utilizar abreviaturas de riesgo.
- Las intervenciones multimodales para reducir las úlceras por presión.
- Las precauciones de barrera para prevenir las infecciones asociadas a los cuidados de la salud.
- La utilización de ecografía para la colocación de vías venosas centrales.
- Las intervenciones para mejorar la profilaxis de la enfermedad tromboembólica.

### El costo y la cultura: elementos clave para el desarrollo de programas de seguridad

Una de las preguntas frecuentes es “cuánto cuestan las acciones que se necesitan para prevenir los errores”. Sobre este punto, uno de los problemas por resolver es la forma de identificar los eventos adversos y su cálculo real de costos. Los eventos adversos son subnotificados y, en general, su vigilancia se basa en el autorreporte, el uso de datos administrativos y solo, en algunos casos, en la vigilancia activa. El estudio de Adler et al, a través de una herramienta llamada *Global Trigger Tool (GTT)*, calcula el número de eventos adversos en una población de internados y sus costos asociados. El GTT es una herramienta

estandarizada diseñada sobre la base de la metodología *Harvard Medical Practice Study*. Se utiliza para la revisión de los registros clínicos por dos observadores. Las organizaciones que usan GTT estiman que hasta un tercio de los pacientes sufren algún grado de daño durante su hospitalización. Este dato es significativamente mayor que el estimado por los estudios de prevalencia publicados hasta fecha. Sobre la base de estos datos, los autores del estudio calcularon los costos de los eventos con daño permanente y temporario. Encontraron que los eventos con daño permanente tienen un costo aproximado de 4500 dólares y los eventos con daño temporario, 2100 dólares. Además, los eventos con daño permanente aumentan un 40% la mortalidad esperada para los pacientes afectados.

Más allá del impacto en los costos y la morbimortalidad conocidos, una barrera para el desarrollo de programas de seguridad es el paradigma de la asistencia de la salud, en el cual la percepción del error es baja y sus consecuencias son subestimadas. Existe el miedo de comunicar resultados no esperados o errores y existen respuestas punitivas para quienes hablan de los errores en forma abierta. Esta cultura impide que se conozcan las fallas de los sistemas y tiende a culpar al operador, cuya participación es, sin duda, el resultado del diseño del proceso. El diseño del proceso está determinado por las condiciones de trabajo (ambiente, capacidad de trabajo en equipo), las políticas institucionales (decisiones explícitas, reglas, estandarización) y la capacitación de los operadores (operativa e institucional).

Las industrias avanzadas en este tema utilizan la identificación y la comunicación de incidentes de seguridad con daño o sin él. El conocimiento de las oportunidades de mejora de los procesos y las estructuras permite rediseñar y, en consecuencia, trabajar para un cuidado de la salud más seguro.

En el ámbito de las Unidades de Cuidados Críticos, las estrategias multimodales, entre las que se encuentra la iniciativa CUSP (*Comprehensive Unit-based Safety*), han mostrado ser efectivas para la reducción

de eventos adversos. Estas estrategias incluyen el trabajo en equipo, las técnicas de comunicación efectiva, el compromiso de los líderes y el involucramiento de los pacientes.

El desafío del entrenamiento de los equipos se encuentra en el cierre de la separación que producen las carreras de origen de los profesionales de la salud y los modelos jerárquicos que obstruyen la participación de todos en la prevención de los errores. Los modelos jerárquicos que “empoderan” (dan participación y comparten responsabilidades) facilitan la detección de errores antes de que lleguen a los pacientes.

Las Unidades de Cuidados Críticos son ámbitos de alto riesgo que pueden convertirse en ambientes muy seguros debido a la oportunidad de entrenar a los equipos y la posibilidad de la observación directa de los procesos. La incorporación de los modelos de seguridad de las industrias de alto riesgo, como la aviación o las centrales nucleares, y la efectividad de la industria de producción son ejemplos que podrían llevar, mediante su adecuada adaptación, a mejorar o salvar un número de vidas comparable con algunos de los adelantos tecnológicos (terapias oncológicas, adelantos de técnicas quirúrgicas) que hemos incorporado en los cuidados de la salud en los últimos 30 años.

## Bibliografía

1. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353: 1178-1181.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Health Care in America, Institute of Medicine, Washington DC: National Academy Press; 1999.
3. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>.
4. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 809-815.
5. Organización Panamericana de la Salud. *Por la seguridad del paciente*, 2005. Disponible en: [http://www.paho.org/Spnish/DD/PIN/ahora03\\_nov04.htm](http://www.paho.org/Spnish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm).
6. Consejo de Europa 2004. Comité Europeo de la Sanidad. Comité de expertos en la gestión de la seguridad y la calidad de la atención sanitaria. *La prevención de efectos adversos en la atención sanitaria: un enfoque sistémico*. Consejo de Europa CDSP (2004) 41. Estrasburgo, 2004.
7. Making Health Care Safer II. *An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133363/>
8. Altman E, Clancy C, Blendon R. Improving patient safety-five years after the IOM Report. *N Engl J Med* 2004; 351: 2041-2043.
9. Adler L, Yi D, Li M, et al. Impact of inpatient harms on hospital finances and patient clinical outcomes. *J Patient Saf* 2015; Mar 23.
10. “Creating a Business Case for Quality Improvement Research”: Expert Views, Workshop Summary. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/12137.html>.