
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dr. Carlos Thomas

Introducción: La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a países de todo nivel de desarrollo. La OMS estima que casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados. (1)

En el año 1991 investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard publicaron el Harvard Medical Practice Study (2), primer estudio científico acerca de la incidencia de eventos adversos y negligencias en pacientes hospitalizados, el cual demostró que 4 de cada 100 pacientes internados sufrían daños a consecuencia del accionar médico, y advirtió que la mitad eran prevenibles.

En el mismo sentido, unos años después, el estudio “To err is human, building a safer health system” (3) basado en dos grandes estudios, uno conducido en Colorado y Utah y otro en Nueva York descubrieron que los eventos adversos suceden en el 2.9 al 3.7% de las hospitalizaciones respectivamente. En los hospitales de Colorado y Utah el 6.6% de los eventos adversos condujeron a la muerte en comparación con el 13.6% de los hospitales de N.Y. En ambos estudios más de la mitad de los eventos adversos fueron producidos por errores médicos y podrían haber sido prevenidos. Si se extrapola estos resultados a las más de 33.6 millones de admisiones de los hospitales en EEUU en 1997, implica que entre 44.000 y 98.000 norteamericanos mueren cada año como resultado de un error médico. Según el estudio, aun utilizando la estimación menor, las muertes debidas a errores médicos exceden el número atribuible a la octava causa de muerte. Es decir, moriría más gente en un año dado como resultado de errores médicos que de accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA.

Estudios posteriores realizados en varios países confirmaron la alta incidencia de eventos adversos en sus hospitales: Reino Unido, 2000, 11% (4); Nueva Zelanda, 2001, 13% (5); Canadá, 2004, 7,5% (6), España, 2006 (Estudio ENEAS) 9,3%(7)

En esta situación el conocido apotegma “*Primum non nocere*”, atribuido a Hipócrates, cobra plena vigencia más allá de su obiedad. Es necesario afrontar con madurez y responsabilidad el desafío de reducir los daños evitables derivados de la atención médica

Algunas definiciones (8) Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o no intencionados. Los errores son, por definición, no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas y a veces se hacen rutinarias en algunos contextos. Un error puede definirse como la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto, y puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (error de comisión) o la no realización de lo correcto (error de omisión), bien en la fase de planificación, o bien en la de ejecución.

Un evento adverso es un incidente que produce daño al paciente. Daño significa alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Los daños comprenden las enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

Los errores los cometen las personas pero son posibles merced a errores en el diseño de sistemas y procesos. Se debe entonces modificar las condiciones para evitar los errores o atenuar sus consecuencias. Por otra parte, los errores difícilmente se deben a un único fallo sino que en general es una concatenación de fallos y errores relacionados con la organización, procedimientos, condiciones de trabajo y por supuesto el error activo de técnicos y profesionales que trabajan en ese sistema inadecuado.

Por este motivo, culpar y castigar a quien se equivocó y no investigar e ir a las características del proceso que permitió los errores es dejar el camino libre para futuros errores. No hay que señalar culpables sino procesos erróneos y rediseñarlos. La estructura y el diseño de los procesos sólo será completamente segura si impide que el error humano pueda producirse. Además culpar sólo al que cometió el error no favorece la insoslayable necesidad de comunicarlo, y no ocultarlo, como paso previo e indispensable para proceder al análisis.

Cómo mejorar. La National Patient Safety Agency del Reino Unido propone siete pasos (9) para iniciar la mejora de la seguridad del paciente

Paso 1: Construir la cultura de la seguridad en la institución. La cultura se forja en el esfuerzo conjunto de una organización en donde todos sus estamentos se enfocan en los objetivos de seguridad

Paso 2: Liderar y apoyar al personal. Establecer un claro y fuerte enfoque sobre la seguridad del paciente en toda la organización.

Paso 3: Integrar las actividades de gestión de riesgos. Desarrollar sistemas y procesos para manejar los riesgos e identificar y evaluar aquellos aspectos que podrían llevarnos al error.

Paso 4: Promover la notificación de incidentes asegurándose que el personal pueda hacerlo de un modo simple.

Paso 5: Involucrar y comunicarse con los pacientes y público en general. Desarrollar modos de comunicarse abiertamente con los pacientes y escucharlos.

Paso 6: Aprender y compartir lo aprendido sobre seguridad. Promover en el personal el uso del análisis de la causa raíz para aprender cómo y porqué suceden los incidentes.

Paso 7: Implementar soluciones para prevenir el daño. Incorporar lo aprendido mediante cambios en las prácticas, procesos y sistemas.

En síntesis, se trata de un verdadero cambio de paradigma, en donde los errores no se ocultan sino se aprende de ellos, la acción se centra en las circunstancias que permiten el error y no castigando a quien lo comete y donde no se acepta aquello de que errores siempre hay.

Eventos adversos más frecuentes. Los eventos adversos más frecuentes (10) son los relacionados con la medicación y las infecciones nosocomiales, seguidos por complicaciones quirúrgicas, trombosis venosa profunda, úlceras de decúbito, caídas. Todas pueden ser prevenidas en un alto porcentaje.

Los errores en la medicación notificados al MedMARx, sistema de notificación voluntaria de la Farmacopea de los Estados Unidos (<http://www.usp.org/frameset.htm?http://www.usp.org/cgi-bin/catalog/>) son en orden de frecuencia: omisión del medicamento, dosis incorrecta, medicina sin prescripción, error en la prescripción, dosis repetida, paciente equivocado, preparación incorrecta, vía equivocada. Todos obviamente prevenibles y algunos con consecuencias graves. Hay un conjunto de medidas para disminuirlos: guías de práctica clínica, adhesión a protocolos, prescripción electrónica, código de barras, etc., sin embargo es un tema al cual no se le presta la necesaria atención.

Las infecciones nosocomiales son una causa importante de morbilidad y mortalidad de pacientes. Las cuatro infecciones nosocomiales más importantes (infecciones en el sitio

quirúrgico, flujo sanguíneo, neumonía y tracto urinario) son susceptibles de evitarse mediante el uso de pautas de vigilancia y control específicas de la infección.

Las úlceras de decúbito, la trombosis venosa profunda y las caídas tienen también normas muy claras para prevenirlas.

Errores de lado, de paciente y de procedimiento son menos frecuentes pero generalmente muy severos.

No obstante, ante la reticencia a notificar los errores, se advierte que lo emergente es sólo la punta de un iceberg. Por esto las instituciones y los financiadores de atención médica tienen que prestar especial atención e introducir los mecanismos que conlleven a mitigar este grave problema de la salud pública.

El rol de los financiadores. Mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente requiere destinar fondos con ese fin. Sin embargo, hoy no existen incentivos para ello ni castigo a las conductas que afectan la seguridad del paciente.

Al pagar por prestación y no por resultado se observa la paradoja que las instituciones prestadoras se benefician con las consecuencias de la inseguridad. Si por una complicación prevenible el paciente debe permanecer más tiempo internado o someterse a otros procedimientos el financiador generalmente se hace cargo. Esto es un incentivo negativo. Desde 2008 Medicare y Medicaid no pagan la atención de una lista de complicaciones que razonablemente podrían haberse evitado aplicando las guías de práctica clínica basadas en la evidencia (11).

Tampoco hay mejores aranceles para aquellas instituciones que invierten en seguridad del paciente incorporando tecnología, recurso humano y procedimientos tendientes a prevenir y controlar los eventos adversos.

En los requerimientos para habilitar instituciones y, en general, en las auditorías rutinarias que efectúan los financiadores no se observa un enfoque a aquellas acciones que mejoran la seguridad (funcionamiento de comité de seguridad, registro de eventos adversos, protocolos para comunicación, checklist para procedimientos, etc) ni efectúan un diagnóstico sobre las condiciones de seguridad.

Conclusiones. Se está ante un preocupante problema de salud pública cuya magnitud no es valorada en toda su dimensión. En los países más desarrollados está en la agenda de prioridades, no obstante poco se ha avanzado en estos últimos veinte años.



En nuestro medio sólo eventos de amplia repercusión pública llaman la atención sobre el tema, pero no hay un enfoque sistemático y permanente para disminuir su incidencia. Solo la acción concurrente de la autoridad sanitaria, los hospitales y clínicas y los financiadores podrá abordar esta verdadera epidemia con posibilidades de éxito.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- (2) Brennan TA, Leape LL. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England Journal of Medicine. Feb 7, 1991
- (3) Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. To err is human. Committee on Quality of Health Care in America. INSTITUTE OF MEDICINE
- (4) Vincent C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal 2001; 322:517
- (5) Davis P, Lay-Yee R, Bryant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. NZ Med J 2002; 115:U271
- (6) Baker GR, Norton PG et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. Canadian Medical Association Journal 2004 May 25; 170(11):1678-86
- (7) Aranaz Andrés JM y col. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
- (8) Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (2009) OMS. http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf. Pag. 15 a19
- (9) Seven steps to patient safety. National Patient Safety Agency (NPSA) U.K. <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>
- (10) Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción
Versión española (2008) de University of Michigan Health System Patient
https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/hospitalacqcond/hospital-acquired_conditions.html Safety Toolkit
"Improving Patient Safety in Hospitals: Turning Ideas into Action"
- (11) CMS Centers for Medicare and Medicaid Services https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/hospitalacqcond/hospital-acquired_conditions.html