

Garantizar la seguridad de los pacientes, una prioridad de hoy

Ensuring patient safety is a priority today

Dra. C. Caridad Soler Morejón

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

RESUMEN

La toma de decisiones es siempre un proceso complejo. Aún armados del método clínico y disponiendo de la experiencia y del apoyo de colegas más experimentados, la incertidumbre está siempre presente. La medicina actual, demanda de los profesionales de la salud, no solo conocimientos actualizados, sino también experiencia clínica para poder interpretar e individualizar al paciente, para poder integrar a la hora de la toma de decisiones las mejores evidencias. El objetivo fue realizar una actualización sobre cómo garantizar la seguridad de los pacientes en el contexto de los pacientes graves. La seguridad del paciente mantiene como elemento común la noción de reducir a un mínimo aceptable el riesgo que implica el cuidado sanitario, es decir, proveer cuidados más seguros a los pacientes. Las acciones fundamentales en este sentido incluyen la identificación, la conducta a tomar y evaluación de los riesgos, el informe y análisis de los incidentes críticos, así como la capacidad de aprender de ello e implementar soluciones para minimizar los riesgos o impedir que se repitan. Se debe reconocer que las causas de un incidente no están solamente ligadas a los factores humanos sino indisolublemente relacionados con el sistema en el cual el individuo trabaja, observar lo que está mal en el sistema permite aprender las lecciones que evitarán la recurrencia de los incidentes. La inclusión de la seguridad de los pacientes en la agenda de los directivos en una organización flexible conllevará a la mejora progresiva de los sistemas y tributará, sin dudas, en la excelencia de la atención médica que se busca como meta en beneficio de la salud del pueblo.

Palabras clave: Seguridad del paciente, error médico.

ABSTRACT

Decision making is always a complex process. Even if we are prepared with the clinical method and having the experience and support from more experienced colleagues, uncertainty is always present. Current medicine demands from healthcare professionals not only updated knowledge but also clinical experience to interpret and identify the patient, to integrate the best evidence when making decisions.

The objective was to perform an update on how to ensure patient safety in the context of critically ill patients. Patient safety remains a common element, the notion of reducing to an acceptable minimum the risk involved in health care, that is to say, to provide safer care to patients. The key actions in this regard include identification, action to take and risk assessment, reporting and analysis of critical incidents as well as the ability to learn from them and solution implementing to minimize risks and prevent their recurrence. It should be noticed that incident causes are not only related to human factors but inextricably related to the system in which the individual works. Observing what is wrong with the system allows learning the lessons which will prevent the recurrence of incidents. The inclusion of patient safety on the managers' agenda in a flexible organization will certainly lead to progressive improvement of systems resulting in excellence care which is the sought goal to benefit people health.

Keywords: Patient safety, medical error.

"Ningún conocimiento médico es más importante que el de cómo prevenir el daño a los pacientes"

SIR LIAM DONALDSON, MD
Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones es siempre un proceso complejo. Aún armados del método clínico y disponiendo de la experiencia y del apoyo de colegas más experimentados, la incertidumbre está siempre presente. Las preocupaciones por el mejor balance costo-beneficio, los valores ético-profesionales y las presiones asistenciales, convierten al diario quehacer ante el enfermo en un enorme reto a enfrentar sobre todo en situaciones límites, de vida o muerte.

Según el criterio de algunos autores, la toma de decisiones es en gran medida un proceso que carece de sistematicidad o de razonamiento crítico.^{1,2} El modo rutinario en que se enfrentan las actividades diarias determina comportamientos no bien razonados, cuyas consecuencias inmediatas son errores de apreciación, asistencia sanitaria inadecuada a las necesidades de los pacientes, y en última instancia, errores médicos. En general se estima que la tasa de fallas diagnósticas oscila entre 10 y 15 %, mayor en aquellas especialidades en las cuales el diagnóstico diferencial puede ser difícil como en la medicina de emergencia, medicina interna y familiar.³

Es evidente que la práctica médica actual no puede basarse en anécdotas, el riesgo de generalizar las situaciones de los pacientes sienta las bases para la comisión de errores. Pero tampoco las opiniones de personas reconocidas deberían marcar la pauta de las actuaciones médicas, sobre todo si la validez de esas recomendaciones no es sometida a la crítica. Este último criterio pudiera aplicarse del mismo modo a la práctica basada en "lo último publicado, lo más novedoso", en la cual no ocurre la necesaria integración con la experiencia clínica.

La medicina actual, demanda de los profesionales de la salud, no solo conocimientos actualizados, sino también experiencia clínica para poder interpretar e individualizar al paciente, para poder integrar a la hora de la toma de decisiones las mejores evidencias que nos proveen las investigaciones científicas, según el contexto de que se trate. Otra arista del problema está dada por el no despreciable número de pacientes que son asistidos por personal en formación, con poca experiencia, de manera que se requiere de lograr estrategias que garanticen en estos casos la toma acertada de decisiones.^{4,5}

En el marco de la asistencia sanitaria varios factores complican adicionalmente el escenario en que la toma de decisiones se realiza. Hacer lo correcto es un verdadero reto en un ambiente caracterizado por grandes avances científicos y tecnológicos que han complicado aún más el sistema de cuidados, y han aumentado los riesgos inherentes con procedimientos invasivos y terapéuticos avanzadas cuyas consecuencias son a menudo graves independientemente del celo del equipo asistencial y su preparación.⁶

Si a esto se añade el agotamiento de una larga jornada, el exceso de pacientes, la falta de descanso, calor, incomodidades, o sea, la existencia de un clima organizacional inadecuado, es ahí donde se tiene el terreno abonado para que aparezca el error, que en ocasiones conduce a eventos adversos fatales.

Constituye el objetivo de este artículo realizar una actualización sobre cómo garantizar la seguridad de los pacientes en el contexto de los pacientes graves.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Existen varias definiciones acerca de este término, pero en sentido general todas mantienen como elemento común: la noción de reducir a un mínimo aceptable el riesgo que implica el cuidado sanitario, es decir, proveer cuidados más seguros a los pacientes.

Las acciones fundamentales en este sentido incluyen la identificación, la conducta a tomar y evaluación de los riesgos, el informe y análisis de los incidentes críticos, así como la capacidad de aprender de ello e implementar soluciones para minimizar los riesgos o impedir que se repitan.⁷⁻¹⁰

El concepto de seguridad del paciente está estrechamente emparentado con el de error médico. El Instituto de Medicina (*Institute of Medicine, IOM*) de los Estados Unidos planteó que el error médico es el fracaso en el cumplimiento de una acción planificada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo.⁸

Según James Reason^{9,11} profesor de psicología de la Universidad de Manchester y estudioso del tema, los errores poseen seis características fundamentales:

1. Los errores son parte del comportamiento normal
2. Todos cometemos errores a diario
3. Los errores no se cometen a propósito
4. Los errores no son accidentes inesperados
5. Los errores están influidos por factores conocidos, entre ellos: hábito, apuro, fatiga, interrupciones, ira, ansiedad, aburrimiento, miedo a lo desconocido, por solo citar algunos.
6. Los errores ocurren por falla de los sistemas no por fallas de las personas

Sin embargo, los resultados de investigaciones realizadas demuestran que la mayoría de los errores médicos se pueden prevenir. En una serie de 1133 reportes, 70 % de los mismos era evitable, 6 % potencialmente evitables, y solo 24 % no evitables¹³ Otra serie de 15,000 informes señala un 54 % de errores quirúrgicos evitables. Incluir un farmacéutico en el pase de visita disminuyó los errores de prescripción de medicamentos en un 66 %.¹³ Los anestesiólogos disminuyeron siete veces sus errores mediante la aplicación de guías estandarizadas y protocolos, equipos estandarizados, entre otros. El uso de la computación y la codificación por barras en un hospital del Departamento de Veteranos disminuyó en un 70 % los errores de medicación.¹⁴

Como muchos errores médicos son atribuibles al sistema de salud, entonces la clave para mejorar la seguridad de los cuidados sanitarios es precisamente optimizar los sistemas de salud. Reason, observó que los errores cometidos eran causados por el diseño de las condiciones de trabajo y del propio quehacer, a los cuales denominó "*errores latentes*" o "accidentes que esperan a ser producidos" (para diferenciarlos de aquellos que se cometen de forma inmediata o "*errores activos*" y que a su vez los condicionan) tales como fallas de diseño y mantenimiento del equipamiento y de las unidades que complican la realización de tareas; deficiente entrenamiento y esquemas de trabajo que producen interrupciones innecesarias, fatiga, estrés, entre otras consecuencias que conducen a los errores.^{9,11,14}

Es por ello que se plantea la necesidad de rediseñar las tareas a realizar, toda vez que se toma en cuenta el factor humano, es decir, crear reglas simples que permitan "hacer fácilmente una tarea y dificultar hacerla de modo incorrecto"; de manera que se pueda evitar depender de la memoria, limitar y evitar la espontaneidad en las acciones.⁹

En los últimos años se ha introducido el término de "prácticas seguras" para referirse a aquellas que se basan en evidencias generalizables y que logran un impacto positivo en beneficio del paciente si son implementadas adecuadamente.¹²

Los principios que rigen las prácticas seguras incluyen en primer lugar la creación de una "*cultura de la seguridad*".^{6,10,12} Este es un factor determinante que debe involucrar a todas las instancias del sistema de salud, desde los directivos,

economistas, inversionistas, ingenieros, hasta los equipos asistenciales, personal auxiliar, es decir, todas las personas cuya actividad tributa a la labor asistencial.

Las prácticas seguras implican adecuar las necesidades a las capacidades de brindar servicios, así como facilitar la transferencia de información y comunicación clara, incrementar el uso seguro de la medicación, estandarizar las políticas de tratamiento y de protocolos asistenciales para evitar las confusiones y errores dependientes de fallas de la memoria.^{6,10,12}

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (*National Safety Agency*), una iniciativa dirigida a satisfacer esta necesidad en el Reino Unido, ha enunciado siete pasos para la seguridad del paciente que resume las ideas ya enunciadas:⁶

- Cree una cultura de seguridad.
- Lidere y apoye a su equipo.
- Incorpore a su actividad la gestión de riesgos.
- Promueva el reporte de incidentes y eventos adversos.
- Involucre y comuníquese con los pacientes y el público.
- Aprenda y comparta lecciones sobre seguridad.
- Implemente soluciones para evitar daños.

Poseer cultura de seguridad, implica que la organización tiene una activa y permanente conciencia que las cosas pueden ir mal; que tanto la organización como el equipo de trabajo son capaces de reconocer los errores, aprender de ellos, mediante la formación, la educación continuada, la supervisión, la verificación y el análisis retrospectivo de los incidentes y eventos adversos y tomar acciones encaminadas a enmendarlos; ser justos, trabajar en equipo y tener la mente abierta para compartir la información libremente cuando ocurre un incidente.

Se concluye que se debe reconocer que las causas de un incidente no están solamente ligadas a los factores humanos sino indisolublemente relacionados con el sistema en el cual el individuo trabaja, observar lo que está mal en el sistema permite aprender las lecciones que evitarán la recurrencia de los incidentes. La inclusión de la seguridad de los pacientes en la agenda de los directivos en una organización flexible conllevará a la mejoría progresiva de los sistemas y tributará, sin dudas, en la excelencia de la atención médica que se busca como meta en beneficio de la salud del pueblo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roca Marsinyach F. Evidencias para los litigios. En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: http://www.la-plaza.com/vdc/revisiones/evid_para_litig.html.
2. Bravo Toledo R. Medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine. JANO (EMC). 1997;53(1218). En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm>
3. Croskerry Pat. From Mindless to Mindful Practice — Cognitive Bias and Clinical Decision Making. N Engl J Med. 2013; 368:2445-244.

4. IAMBE - Instituto Argentino de Medicina Basada en Evidencias. En pos de una modalidad moderna en la asistencia médica: Medicina Basada en evidencias. En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: http://www.iambe.org.ar/que_es_mbe.htm
5. Lede R, Abriata G, Copertari P. La medicina basada en evidencias: un movimiento cultural a favor de una mejor asistencia médica. En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: http://www.ama-med.com/documento_4.htm
6. Seven steps to patient safety. The full reference guide. National Patient Safety Agency, UK. En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/sevensteps>
7. WHO. Patient safety. En línea. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety>
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds). To err is human: building a safer health system. National Academy Press, Washington DC. 2009.
9. Leape Lucian L. Making Health Care Safe: Are We Up to it? J Pediatric Surgery. 2004; 39(3): 258-66.
10. AHRQ. Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/ptsafetyuptp.html>
11. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320(7237); 768-70.
12. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare: 2010 Update. [Consultado: Enero 11, 2011]. Disponible en: http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx
13. Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. JAMA. 1999; 282(3): 267-70.
14. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica. [Consultado: Enero 9, 2012]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>.

Recibido: 1ro de diciembre de 2014.

Aprobado: 22 de diciembre de 2014.

Dra. C. Caridad Soler Morejón. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesora Titular. Doctora en Ciencias Médicas. Hospital Clínicoquirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: csoler@infomed.sld.cu