

Seguridad del paciente y calidad asistencial

A. Muiño Miguez^a, A. B. Jiménez Muñoz^b, B. Pinilla Llorente^a, E. Durán García^c y M. P. Rodríguez Pérez^b

^aServicio de Medicina Interna 2A. ^bServicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad.

^cServicio de Farmacia. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria son frecuentes y en muchos casos evitables. Es preciso conocer cómo se producen y los defectos del sistema que han contribuido a ello. Los sistemas y procesos deben estar diseñados para prevenir los errores y disminuir el daño que ocasionan si no son evitados. Entre las estrategias para prevenirlos está reducir la complejidad de los procesos y optimizar el manejo de la información. La implementación de las tecnologías de la información puede ofrecer una gran contribución, pero la prioridad es promover una cultura de la seguridad.

Muiño Miguez A, Jiménez Muñoz AB, Pinilla Llorente B, Durán García E, Rodríguez Pérez MP. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp.* 2007;207(9):456-7.

Patient safety and quality of care
Adverse effects related to health care are common and partly avoidable. We need to identify how and why adverse events occur and how system defects may contribute to their occurrence. Systems and processes can be designed to help prevent errors and decrease harm that occurs when they are not intercepted. Tactics to reduce errors and mitigate their adverse effects include reducing complexity and optimizing information processing. Implementation of information technology may offer great promise but the most important is to make an effort to promote a culture of safety.

Introducción

Los efectos o acontecimientos adversos son los daños que acontecen durante el proceso asistencial y que no son atribuibles directamente a la enfermedad. La práctica médica implica un riesgo inherente cuyas consecuencias negativas solo pueden ser minimizadas por una actuación correcta, pero otros efectos adversos son evitables mediante estrategias adecuadas.

La investigación e implantación de planes de mejora en la seguridad de los pacientes, orientados a eliminar los efectos adversos o mitigar sus consecuencias, se ha convertido en un fenómeno internacional. La creación por parte de los gobiernos de agencias estatales específicas o la Alianza para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud^{1,2} son demostraciones de ello.

Las primeras investigaciones relevantes son de la década de los años 70, pero será el estudio *Harvard Medical Practice* publicado en 1991 el que marque un hito en la sensibilización de grupos interesados^{3,4}. La difusión de este interés entre profesionales sanitarios, autoridades y público en general se produjo con la publicación en 1999 del informe *To Err is Human*⁵. Este informe estima por extrapolaciones basadas en la revisión de historiales médicos que en EE.UU. entre 44.000 y 98.000 pacientes fallecen anualmente por errores médicos. Aunque estos datos han sido objeto de con-

troversia, la información acumulada en la última década permite considerar que el 10% de los pacientes hospitalizados presentan efectos adversos, con un rango entre el 4 y el 17%, y que estos son responsables de más del 10% de los costes hospitalarios^{6,8}. A estos costes tangibles habría que añadir la erosión de la confianza y satisfacción del público y proveedores de atención sanitaria.

Epidemiología de los riesgos

Un elemento primordial para elaborar estrategias adecuadas y evaluar su impacto en la seguridad es disponer de una información adecuada sobre los efectos adversos. Esto ayuda a conocer los riesgos que se afrontan, la capacidad de controlarlos, la probabilidad de que ocurran y su impacto⁵. Una de las principales dificultades para ello es la creencia, todavía no totalmente erradicada, de considerar los efectos adversos consecuencia de fallos individuales de malos profesionales. Cuando un efecto adverso se produce, además de los posibles factores humanos, indica que los sistemas y estructuras de la organización no fueron efectivos para evitarlo⁹. Es necesario difundir como punto de partida de cualquier actuación exitosa, que un efecto adverso es una oportunidad de detectar fallos en los sistemas y en la organización del trabajo y por tanto una oportunidad de mejora. Debe crearse el marco adecuado, incluido el normativo, para evitar que el temor a la responsabilidad individual impida la adopción de medidas de mejora consecuencia del conocimiento de los efectos adversos.

Un sistema de notificación y registro de incidentes adversos y problemas de seguridad requiere por tanto la implicación de los profesionales. Estos sistemas no tienen como objetivo conocer la frecuencia de efectos adversos, sino obtener información sobre los acon-

Correspondencia: A. Muiño Miguez.

Servicio de Medicina Interna 2A.

Hospital Gregorio Marañón.

C/ Doctor Esquerdo, 46.

28007 Madrid. España.

Correo electrónico: antonio.muino@madrid.org

Aceptado para su publicación el 19 de marzo de 2007.

TABLA 1
Seguridad del paciente en siete pasos

1. Construir una cultura de seguridad
2. Liderazgo del equipo de personas
3. Integrar las tareas de gestión de riesgos
4. Promover que se informe
5. Involucrarse y comunicarse con pacientes y público
6. Aprender y compartir lecciones de seguridad
7. Implementar soluciones para prevenir daños

Tomada de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente¹⁸.

tecimientos que llevan a su producción. La mayoría de los efectos adversos presentan patrones sistemáticos y son por ello recurrentes.

Los sistemas de notificación voluntaria se complementan con otros métodos de detección como la revisión de historias clínicas, intervenciones de los servicios de farmacia y alertas automatizadas, entre otras¹⁰.

Del conjunto de fuentes de información disponibles se han identificado los sucesos relacionados con el uso de medicamentos como los más frecuentes en todas las áreas. La complejidad de los tratamientos y la elevada comorbilidad hacen de los servicios de Medicina Interna áreas en las que su relevancia es aún mayor. En áreas quirúrgicas son las complicaciones de las propias técnicas, junto con la infección nosocomial (sobre todo la infección relacionada con la herida quirúrgica), las predominantes⁶.

Estrategias para mejorar la seguridad

Buena parte de las tácticas para orientar los sistemas y procesos hacia prácticas más seguras podrían agruparse en actuaciones dirigidas a^{11,12}:

1) Reducir la complejidad mediante la disminución del número de actuaciones requeridas para el proceso, disminuir el número de opciones a seguir y acortar los tiempos de ejecución.

2) Protocolización de actuaciones con elementos de ayuda a su aplicación, como *checklists*, que disminuyan la variabilidad individual y no depender sólo de la memoria para la toma de decisiones.

3) Utilización de tecnologías que aporten una ayuda efectiva en la aplicación de los protocolos, disponibilidad de información y que no generen complejidad añadida.

Entre las estrategias concretas a desarrollar se pueden citar la formación de profesionales, la detección precoz y sistemática de riesgos en las áreas de atención al paciente, el análisis de los casos en los que se ha producido un evento adverso, la comunicación con los pacientes para que mejoren su conocimiento sobre su propia seguridad, y el registro y notificación de eventos adversos.

Entre las recomendaciones aceptadas como eficaces para disminuir riesgos estarían, junto al rediseño de procesos: garantizar la identificación inequívoca de los pacientes, impulsar la historia clínica electrónica, implantar la prescripción electrónica asistida y estrategias para evitar las discrepancias no intencionadas con la medicación habitual al inicio de la hospitalización¹³⁻¹⁶.

Se considera que los sistemas informáticos de prescripción médica son una de las principales medidas

para mejorar la seguridad del paciente. Permite eliminar muchos problemas asociados con la prescripción manual como órdenes ilegibles, dosis inadecuadas, o prescripciones incompletas, obteniéndose disminuciones en los errores médicos del 55 al 80%. Sin embargo, no se ha demostrado que estos sistemas disminuyan la mortalidad, aunque parece evidente la reducción de errores menos graves. Obviamente no todos los sistemas son iguales y muchos incorporan sistemas de ayuda que incrementan su eficacia¹⁷.

El documento «La seguridad del paciente en siete pasos», elaborado por la Agencia para la Seguridad del Paciente del Reino Unido¹⁸, es una de las guías de referencia más difundidas para el conocimiento, desarrollo y consolidación de estrategias de seguridad. Describe las fases que las organizaciones deben seguir para mejorar la seguridad y contribuir a conseguir los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos (tabla 1).

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como principal elemento de la calidad asistencial y por tanto integrarla en la misión y objetivos de la organización, contemplándola en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. [Consultado 22-2-2007]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en/index.html>
2. An organisation with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer. London, UK: Department of Health; 2000.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hweebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
4. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
5. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*. Washington DC: National Academy Press; 2000.
6. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38:261-71.
7. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322:517-9.
8. Baker RG, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *JAMA*. 2004;170:1678-86.
9. Reason J. Human Error: models and management. *BMJ*. 2000;320(7237):768-70.
10. Michel P, Quenon J-L, de Sarasqueta AM, Scemama O. Comparison of three epidemiological methods for estimating adverse events and preventability rates in acute care hospitals. *BMJ*. 2004;328:199-204.
11. Nolan TW. System changes to improve patient safety. *BMJ*. 2000;320:771-3.
12. Leape LL, Berwick DM. Five years after *To err Is Human*. *JAMA*. 2005;293:2384-90.
13. Bates DW, Cohen M, Leape LL, Overhage JM, Shabot MM, Sheridan T. Reducing the frequency of errors in medicine using information technology. *J Am Med Assoc*. 2001;285:299-308.
14. Aranaz JM. Sucesos adversos relacionados con el uso del medicamento: ¿qué podemos aprender? *Med Clin (Barc)*. 2006;126(3):97-8.
15. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Shadowitz S, Juurlink DN, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med*. 2005;165:424-9.
16. Colpaert K, Claus B, Somers A, Vandewoude K, Robays H, Decruyenaere J. Impact of computerized physician order entry on medication prescription errors in the intensive care unit: a controlled cross-sectional trial. *Crit Care*. 2006;10(1):R21.
17. Wachter RM. Expected and unanticipated consequences of the quality and information technology revolutions. *JAMA*. 2006;295:2780-3.
18. Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud del Reino Unido. La seguridad del paciente en siete pasos [Consultado 1-12-2006]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm