



EDITORIAL

Construyendo seguridad en cuidados intensivos

Building safety in intensive cares

R. García Díez

Presidenta SEEIUC

Recibido el 15 de enero de 2011; aceptado el 17 de enero de 2011

La preocupación por la seguridad del paciente en los servicios sanitarios no es un tema nuevo, pero lo cierto es que en los últimos años, desde que el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicara en 1999, el libro "To err is Human: building a safer health system", el problema ha adquirido una dimensión mundial y se ha incorporado a las agendas políticas y al debate público, al igual que consiguió atraer sobre esta cuestión la atención de los profesionales y gestores sanitarios.

El resultado inmediato fue el inicio de una auténtica explosión de iniciativas tanto gubernamentales como privadas destinadas a investigar, detectar y paliar el fenómeno. Así la seguridad del paciente pasó a convertirse en un punto prioritario de la agenda política de muchos países.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (MSPSI), en su responsabilidad de mejorar la calidad de los servicios que presta el Sistema Nacional de Salud (SNS) en su conjunto, y siguiendo las recomendaciones de las principales organizaciones sanitarias internacionales, ha situado la seguridad del paciente en el centro de sus políticas sanitarias. Y así queda reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el SNS, que se viene desarrollando desde el año 2005 en colaboración con las comunidades autónomas (CCAA) y los principales actores en el campo de la salud: instituciones académicas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y consumidores. Esta estrategia, sobre las acciones desarrolladas en seguridad del paciente, pretende facilitar un cambio de cultura en las organizacio-

nes, que permita una mayor calidad y seguridad para los ciudadanos.

La atención sanitaria lleva inherente el riesgo de aparición de eventos adversos (EA) que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades, e incluso, la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente establece que: "Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran EA y, efectivamente, estos ocurren con demasiada frecuencia".

La mayor parte de los datos obtenidos sobre los efectos adversos proviene de estudios hospitalarios, porque los riesgos asociados a la atención hospitalaria son mayores que los que existen en atención primaria, centros socio-sanitarios e incluso en el domicilio (Aranaz et al). Uno de cada diez pacientes ingresados sufre alguna forma de daño evitable. Diversos estudios de investigación internacionales sobre efectos adversos coinciden en mostrar que aproximadamente el 10% (intervalo, 4-17%) de los pacientes que acuden a un hospital presenta un evento adverso como consecuencia de la atención sanitaria, de los que alrededor del 50% se han considerado evitables. Las causas más frecuentes de estos EA están en relación con el uso de medicamentos, las infecciones y las complicaciones perioperatorias. En nuestro país, destacaré el estudio ENEAS, un Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización

Correo electrónico: PAPIAS@terra.es

en el que los datos obtenidos son comparables a los citados anteriormente, un 9,3% de los pacientes ingresados en los hospitales presentaba algún efecto adverso relacionado con la asistencia sanitaria, considerándose que casi la mitad de ellos podría haberse evitado.

Y centrándonos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), podemos afirmar, que la gravedad de los pacientes allí atendidos, la variedad y el número de medicamentos administrados, la cantidad y la diversidad de las técnicas a las que se somete a los pacientes, la práctica de distintos procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos, las barreras de comunicación existentes y la cantidad y complejidad de la información recibida, entre otros, convierten a estas unidades en áreas de mayor riesgo para que se produzcan EA. Así, la posibilidad de que ocurra un EA se incrementa por cada día de estancia en UCI, el estudio de Donchin et al recoge que en el enfermo crítico se realizan 178 intervenciones por paciente y día, estimándose 1,7 errores por paciente y día. Y apuntan que, aunque la mayoría de las intervenciones son planificadas y desempeñadas por el personal de enfermería, la contribución al error fue similar para médicos y enfermeras.

La prevención de los EA tiene una triple finalidad: disminuir el riesgo de que aparezcan, abordarlos precozmente para disminuir su evolución y mitigar las consecuencias, y por último evitar su reaparición y reducir su impacto.

Para prevenir esta clase de errores, ha sido demostrada la eficacia de diferentes estrategias entre las que cabe destacar las siguientes: la utilización de los sistemas de notificación de incidentes, la incorporación de listas de comprobación en la rutina de trabajo, el uso de bombas de infusión inteligentes, las órdenes de tratamiento informatizadas, los procedimientos estandarizados para la utilización de medicamentos o la inclusión del farmacéutico en el equipo médico.

Del mismo modo destacar cómo la introducción de "paquetes de medidas específicas" en la atención al paciente para prevenir algunas complicaciones está dando sus frutos. El estudio realizado por Berwick en 2006, sobre la aplicación de un paquete de *medidas para reducir la neumonía asociada a ventilación mecánica*, ha mostrado muy buenos resultados logrando reducir esta complicación en un 40% en el primer año. Del mismo modo, en relación con la *infección/sepsis asociada a catéter*, es muy interesante la experiencia de Pronovost et al quienes, en todo el estado de Michigan, introdujeron un paquete de cinco medidas en aras de reducir esta infección. Estas medidas recomendadas por la CDC eran las siguientes: lavado de manos, utilización de todas las precauciones de barrera durante la inserción de los catéteres centrales, lavado de la piel con clorhexidina, evitar la vía femoral siempre que fuera posible y la retirada precoz de los catéteres. Lo destacable de este modelo de intervención no solo fue que las infecciones relacionadas con catéter disminuyeron significativamente, en más de un

66%, sino que los resultados se mantuvieron a lo largo de los 18 meses que duró el estudio.

En España, con el liderazgo y la dirección técnica de la SEMICYUC, junto a la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, se ha elaborado un proyecto destinado a aplicar la estrategia de Michigan a las UCI españolas, en colaboración con la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y la Universidad de John Hopkins. Previamente, un estudio piloto realizado en tres CCAA durante los tres últimos meses de 2007, para comprobar posibles dificultades de aplicación de dicho programa a nuestra estructura sanitaria, mostró la eficacia del proyecto reduciendo la tasa de sepsis por catéter en más del 50%.

Para terminar, me gustaría insistir en que la seguridad del paciente es el resultado de decisiones que se deben tomar a todos los niveles, empezando por aquellos en los que se decide la política sanitaria, tales como el Ministerio y Consejerías, continuando por la gestión de los centros y unidades asistenciales, y finalizando por las que se toman al pie de la cama del paciente. También me gustaría destacar que todos los profesionales hemos de tener el compromiso de:

- *Aceptar* que las infecciones y el resto de las complicaciones que sufren los pacientes, pueden ser errores que debemos reconocer, comunicar, analizar por qué se han producido en cada caso y si podrían haberse evitado. A partir de ahí, establecer medidas para que no se repita, trabajo que habrá que estimular ya que no forma parte de nuestra cultura actual.
- *Reaprender* a trabajar en equipo introduciendo rutinas de comprobación que minimicen el riesgo del error en un ambiente de complejidad, contar con la complicidad de todo el personal sanitario y de los directivos para solucionar dificultades, que no siempre requieren recursos económicos, sino que son estrategias absolutamente necesarias para proporcionar a los pacientes el mejor escenario.
- *Ser conscientes* de que el beneficio mostrado por los diferentes proyectos para la prevención de eventos adversos, hace necesario recomendar la continuidad de estos programas, así como la introducción de otros nuevos en otros aspectos de la atención sanitaria. Es imprescindible promover y conseguir la implicación no solo de los médicos y enfermeras, sino también del resto de los miembros del equipo de salud, de los pacientes y familiares y de las gerencias de los hospitales.

Pues, como apunta Aranaz, es evidente, que en materia de seguridad de los pacientes tenemos historia que revisar, presente que describir y analizar, y sin duda, un futuro para normalizar buenas prácticas, cambiar conductas, mejorar hacia esa cultura generativa de ideas, en la que la seguridad sea un estilo de ejercicio de la práctica clínica con implantación transversal en las organizaciones sanitarias.