

Seguridad del paciente crítico: la cultura de seguridad más allá de la UCI

Félix Lacom

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Quirón. Madrid. España.

En este número de la REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL dos estudios^{1,2} evalúan aspectos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito de una unidad de cuidados intensivos (UCI). La seguridad de los pacientes se ha convertido en el principal dominio de la calidad asistencial y es tema prioritario en la agenda de nuestro Sistema Nacional de Salud. Como parte de ese sistema, en el escalón más alto de la atención especializada, están las UCI. En ellas se proporciona, a los pacientes más graves y complejos, algunas de las prestaciones más sofisticadas de la medicina moderna, imprescindibles para que puedan superar una situación crítica que compromete su vida. Al mismo tiempo, los pacientes ingresados en UCI están sometidos a un alto riesgo de sufrir algún acontecimiento adverso (AA), incluyendo complicaciones graves y potencialmente mortales, debido a diversos factores como la propia gravedad y la complejidad de su condición, la agresividad inherente a muchos de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados, el uso frecuente de fármacos con graves efectos secundarios o la necesidad no siempre satisfecha de mantener una interacción intensa, fluida y multidireccional entre los diferentes agentes que concurren en una UCI (paciente, familia, médicos intensivistas, otros especialistas, enfermería, etc.).

La incidencia de AA en pacientes críticos varía en distintos estudios quizá por diferencias en la definición de la variable estudiada, así como en la utilización de métodos diferentes para su detección. Tres estudios realizados en nuestro entorno³⁻⁵ han mostrado que del 29 al 54% de los pacientes críticos sufren un incidente o AA durante su estancia en UCI. Cuando se determinó⁴, los AA más frecuentes fueron los relacionados con la medicación y con accesos vasculares, sondas, tubos y drenajes. En ese mismo estudio⁴, el 3,5% de los AA fueron el motivo de ingreso en UCI, el 83,3% de los AA se consideraron evitables y sólo el 30% fueron notificados al propio paciente o sus allegados. En los tres se utilizó un sistema de detección basado en la evaluación de la historia clínica y, realmente, se registraron incidentes (sucesos o circunstancias imprevistas o inesperadas que pueden ocasionar u ocasionan un daño no intencionado y no deseado y/o una reclamación, pérdida o perjuicio) y no sólo AA (daño no intencionado causado durante o a consecuencia de la atención sanitaria y no relacionado con la evolución o posibles complicaciones de la enfermedad de base del paciente).

Hernández-García et al¹ centran su estudio en la detección de AA en una UCI polivalente, mediante la revisión de las historias clínicas por parte de investigadores ajenos a dicha

UCI. Sus resultados son difíciles de comparar con los citados anteriormente por referirse únicamente a AA y no a incidentes. La incidencia acumulada de 45 AA por cada 100 ingresos hace sospechar que, de haber registrado todos los incidentes y no sólo los AA, este porcentaje hubiese sido mucho mayor. Respecto a otros estudios, resultan también llamativos la mínima incidencia de AA relacionados con la medicación, el elevado porcentaje de AA como causa de ingreso en UCI y la menor evitabilidad de los AA registrados. Estas discrepancias parecen explicables, como se comentó anteriormente y los propios autores reseñan, por las citadas diferencias metodológicas.

Buscando una visión más global, la Sociedad Europea de Medicina Intensiva, a través de su Grupo de Investigación en Mejora de la Calidad, auspició el Proyecto SEE (Sentinel Events Evaluation o Evaluación de Sucesos Centinela)⁶ en el que participaron 205 UCI de 29 países, 18 de ellas españolas. Se estudió a 1.913 pacientes durante un corte incidental de 24 h utilizando un sistema de notificación voluntario mediante un cuestionario estructurado. Con una prevalencia de 38,8 incidentes por cada 100 estancias, los más frecuentes fueron de nuevo los relacionados con accesos vasculares, sondas, tubos y drenajes, seguidos por los asociados a la prescripción o la administración de fármacos y por los debidos a fallos del equipamiento médico. Más importante es el hecho de que no se pudo atribuir los incidentes detectados al desempeño subóptimo de unas pocas UCI, sino que representaban un patrón común a todas ellas.

Utilizando un diseño similar, el Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (SEMICYUC) ha realizado el "Estudio de prevalencia de incidentes y acontecimientos adversos en los servicios de medicina intensiva", en el que han participado 79 UCI (72 españolas) y cuyos resultados, sobre algo más de 1.400 incidentes y AA comunicados, podrán conocerse próximamente. Este estudio forma parte del Proyecto SYREC (Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico), cuyo objetivo principal es la mejora de la seguridad del paciente crítico a través del establecimiento de definiciones consensuadas de los incidentes y AA en el ámbito de la medicina intensiva, su estudio epidemiológico y la creación y el desarrollo de una base de datos que permita analizar las causas y los factores relacionados con su aparición, todo ello para poder establecer medidas encaminadas a disminuir su incidencia⁷.

Estos proyectos y estudios se enmarcan en un contexto macro en el que diferentes organizaciones y estamentos, tan-

to nacionales como supranacionales, han colocado la seguridad en el vértice de sus prioridades. La caracterización de la epidemiología de los AA e incidentes y el desarrollo de herramientas para su notificación y registro, en este caso referidos a los pacientes críticos, son los primeros pasos para obtener el conocimiento suficiente que permita diseñar y poner en marcha estrategias de mejora.

Pero conseguir el objetivo último de una actuación sanitaria más segura ha de descansar, necesariamente, en aquellos que tienen la responsabilidad última a "pie de cama". Es en el contexto micro donde deben materializarse las iniciativas para conseguir el objetivo de una asistencia segura. La UCI es un claro ejemplo de microsistema clínico, entendiéndolo como el formado por un grupo de profesionales sanitarios que trabajan juntos regularmente, con el objetivo de proporcionar asistencia a un grupo definido de pacientes en un ambiente de información compartida, y contando con personal de apoyo, equipamiento técnico y ambiente de trabajo definidos⁸. Un microsistema clínico es el área de contacto entre los pacientes y los profesionales sanitarios y, en esta frontera, se producen resultados que pueden medirse en términos de calidad, seguridad y coste. Aunque los microsistemas están incluidos en organizaciones más amplias o macrosistemas, es habitual que el compromiso de sus profesionales sea mucho mayor con sus pacientes y con el propio microsistema que con el macrosistema que los engloba.

Incrementar la seguridad en un microsistema como la UCI implica combinar estrategias tanto reactivas como proactivas. Los pacientes críticos son excepcionalmente vulnerables para sufrir AA graves y, además, los cuidados y tratamientos proporcionados en la UCI entrañan un alto riesgo de fallos y errores. Ante la aparición de un AA importante debe existir algún mecanismo, como el análisis de causas raíz que, retrospectivamente, permita conocer las circunstancias en que se ha producido para poder prevenir su aparición futura. El sistema de prevención de errores proactivo que más interés ha despertado en los servicios sanitarios durante los últimos años es el análisis modal de fallos y sus efectos (AMFE), diseñado para identificar problemas antes de que se produzca el AA, y que podría ser aplicable en la UCI dado que, a pesar de la variabilidad particular de cada paciente, el grueso de la actividad en una UCI lo constituyen procesos complejos y secuenciales que se repiten, con escasa variación, de un paciente a otro⁹. Su utilización con éxito precisa, sin embargo, de dos condiciones básicas. La primera es el reconocimiento previo de que los errores son inevitables y que, por tanto, son los sistemas donde trabajan las personas los que deben diseñarse para evitar su aparición. La segunda, un liderazgo eficaz y la motivación de los miembros del equipo, necesarios para completar el análisis de los procesos, modificar su diseño y poner en marcha y monitorizar los cambios.

Identificar y prevenir errores que no han ocurrido requiere una gran dosis de disciplina y, sobre todo, implica un cambio radical en la cultura particular de cada microsistema, en este caso de cada UCI. Una cultura de seguridad ni surge espontáneamente ni puede imponerse, sólo se desarrolla si los líderes se comprometen con el concepto de seguridad, los miembros del equipo reconocen que el error es inevitable, los

errores se comunican y registran, las personas aprenden acerca de nuevos riesgos y, de forma continua, se mejoran procesos y procedimientos y se ponen en marcha nuevas barreras de seguridad¹⁰. Alcanzar esta necesaria cultura de seguridad requiere desterrar el habitual "sin daño, no hay fallo" y reinterpretar conceptos como el individualismo y la autonomía profesional hacia el trabajo en equipo, la comunicación de los problemas y el aprendizaje y la mejora continuos¹¹.

Los artículos de Hernández-García et al¹ y Gallegos Braun et al² comparten, además de referirse a aspectos de seguridad en UCI, el hecho de que sus autores no forman parte de los microsistemas estudiados. Que ninguno de los autores sea intensivista puede indicar que, en las UCI estudiadas, queda un largo camino que recorrer hasta alcanzar una cultura de seguridad. La descripción de la epidemiología de los AA en una UCI concreta¹, incluso realizada desde fuera del microsistema, puede ser un punto de inflexión desde el que iniciar el cambio. Gallegos Braun et al² estudian el cumplimiento de un grupo de medidas encaminadas a prevenir la aparición de neumonía asociada a ventilación mecánica en tres microsistemas distintos pertenecientes a un mismo macrosistema. Una intervención sencilla como mantener elevada la cabecera de la cama en pacientes en ventilación mecánica, avalada científicamente y de coste cero, tiene un grado de cumplimiento dispar en las tres unidades de críticos estudiadas, todas del mismo hospital, lo que abunda en el concepto de microsistema, cada uno con su cultura particular. Es difícil predecir el efecto de las recomendaciones realizadas desde fuera, pero probablemente tendrán más futuro aquellas estrategias de mejora que se originen desde dentro y con la implicación de todos los componentes del microsistema.

Para que los microsistemas puedan avanzar en una cultura de seguridad es necesario que este cambio cultural se produzca también en el nivel medio. El apoyo decidido de quienes dirigen las organizaciones sanitarias es indispensable, y debe materializarse en comportamientos y acciones concretas impregnadas de compromiso con la seguridad como, entre otros, asignar recursos adecuados (incluidos medios materiales y recursos humanos, tanto en número como en competencia), promover la comunicación sobre problemas de seguridad, favorecer la formación del personal en seguridad, proporcionar autonomía a los microsistemas y sus profesionales para identificar riesgos y establecer medidas correctoras, y hacer que la seguridad sea responsabilidad de todos y cada uno de los integrantes de la organización.

En un entorno de recursos limitados, estas acciones se ven frenadas frecuentemente por la limitación presupuestaria y una actitud basada excesivamente en el control del coste. Quienes nos dedicamos a la asistencia solemos tener la impresión de que muchos gestores hospitalarios no comparten nuestra idea de que una asistencia de calidad, además de salvar vidas, ahorra dinero. En el extremo, la UCI puede llegar a considerarse un mal necesario, un área de alto coste y con escasa o nula repercusión en los grandes números de la organización, un lugar sólo para perder dinero. En este punto, quizá deba ser el económico el lenguaje común que permita entenderse a clínicos y gestores, con frecuencia demasiado alejados. Si hablamos de dinero y de seguridad, conviene re-

cordar que cada riesgo clínico lleva implícito un riesgo económico. Tanto los gestores hospitalarios como todos aquellos con responsabilidad en la gestión y organización de servicios de medicina intensiva deberían revisar el reciente trabajo de Kaushal et al¹², donde se establecen los costes asociados a la aparición de AA en dos UCI de un hospital estadounidense y cuya conclusión es que, en UCI, la cuantía de estos costes justifica sobradamente la inversión en estrategias de mejora de la seguridad y de la calidad.

Bibliografía

- Hernández-García I, González-Celador R, Sáenz-González MC. Características de los efectos adversos detectados en una unidad de cuidados intensivos de adultos. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:150-7.
- Gallegos Braun JF, Villasevil Llanos EM, Varela González A, Ramírez Rubio O, Quispe J, García Caballero J. Cumplimiento del *bundle* de neumonía asociada a ventilación mecánica en el HULP. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:170-2.
- Ramos Jiménez D, Jiménez Monleón JJ, Gijón Sánchez MT, Ramos Cuadra A, Lardelli Claret P, Bueno Cavanillas A, et al. Incidencia de sucesos adversos en una unidad de medicina crítica. En: I Congreso Internacional de Medicina Crítica en Internet. 10 al 17 de noviembre de 1999 [citado 1 Mar 2008]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/cimc99/abstract/00113DR.html>
- Martín MC, Cabré L, Fernández F, Jover J, Portillo E, Ruiz J. Acontecimientos adversos en el enfermo crítico. XXIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Toledo, 24-27 de octubre de 2006.
- Gutiérrez Cía, I, Aibar Remón C, Beamonte San Agustín A, Obón Azuara B, Sánchez Polo C, Júdez Legaristi D. Incidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:277-86.
- Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med*. 2006;32:1591-8.
- Martín Delgado MC, Ruiz Moreno J. Acontecimientos adversos en Medicina Intensiva. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva (REMI)*. 2006;6:A39 [citado 29 Feb 2008]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2006/02/REMIA039.htm>
- Mohr JJ, Batalden PB. Improving safety on the front lines: the role of clinical Microsystems. *Qual Saf Health Care*. 2002;11:45-50.
- Duwe B, Fuchs BD, Hansen-Flaschen J. Failure mode and effects analysis application to critical care medicine. *Crit Care Clin*. 2005;21:21-30.
- Render ML, Hirschhorn L. An irreplaceable safety culture. *Crit Care Clin*. 2005;21:31-41.
- Carroll JS, Quijada MA. Redirecting traditional professional values to support safety: changing organisational culture in health care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl II:ii16-21.
- Kaushal R, Bates DW, Franz C, Soukup JR, Rothschild JM. Costs of adverse events in intensive care units. *Crit Care Med*. 2007;35:2479-83.