

ARTÍCULO ESPECIAL

Seguridad de los pacientes, prioridad del Hospital Infantil de México: punto de vista del médico como paciente

*Patient safety, priority of the Hospital Infantil de Mexico: Point of view from the physician as a patient*Guadalupe Moguel-Parra¹, Salvador Amor-Santoyo², Eduardo Barragán-Pérez³

¹Área de Calidad, Curso-taller de Seguridad del Paciente, ²Depto. de Consulta Externa, Curso-taller de Seguridad del Paciente, ³Depto. de Neurología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D. F., México.

Resumen

Objetivo. Sensibilizar a todo el personal de salud y del hospital, acerca de la seguridad del paciente; recordarles que todos, en algún momento de nuestra vida, hemos sido o seremos pacientes, y que el programa de seguridad en el paciente dentro del hospital y en nuestro país es una responsabilidad de todos. Se relata el caso de un médico que sufre un paro respiratorio por un error en la administración de un medicamento en el período de recuperación de la anestesia por cirugía programada. Dándose cuenta de su reanimación cardiopulmonar, por unos segundos el médico experimentó el estrés por el que pasa el paciente gravemente enfermo. Dicha experiencia se ha multiplicado en esfuerzos concretos y reales en la difusión de la seguridad del paciente. En la medida que protejamos a nuestros pacientes de posibles riesgos, estaremos contribuyendo en forma activa hacia su bienestar. En la agenda de las instituciones se debe enfocar hacia la profundización de los errores, percances e incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, estudios epidemiológicos, identificación de los factores de riesgo y factores humanos, la involucración del paciente en la seguridad de éste, desarrollo de indicadores de seguridad del paciente, así como la evaluación de intervenciones para mejorar la seguridad de los mismos. La seguridad del paciente es una responsabilidad de todos.

Palabras clave. Seguridad del paciente; error médico; evento adverso.

Summary

Objective: To sensitize the health staff about patient safety, reminding them that all at some point in our lives have been or will be patients, and that the safety program in the patient within the hospital and our country is everyone's responsibility. We report the case of a doctor who suffers respiratory arrest by an error in the administration of a drug in the payback period of anesthesia for elective surgery. Aware of her cardiopulmonary resuscitation, the physician experienced for a few seconds the stress suffered by a seriously ill patient. That experience has been multiplied in real and concrete efforts in the dissemination of patient safety. We will contribute to patient welfare in the same extent that we protect our patients of potential risks. The institutional agenda should focus on explaining the reasons to make mistakes, incidents related to the safety of patients, epidemiological studies and identification of risk and human factors, patient participation in her/his own safety, development of patient safety indicators, as well as evaluation of interventions to improve patient safety. Patient safety is everyone's responsibility.

Key words. Patients; safety; medical assistance; error; adverse event.

Solicitud de sobretiros: Dra. Guadalupe Moguel Parra, Área de Calidad, Titular del Curso-taller de Seguridad del Paciente, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Dr. Márquez Núm. 162, Col. Doctores, Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06720, México, D. F., México. Fecha de recepción: 21-04-2008.

Fecha de aprobación: 30-07-2008.

Cuando hablamos de la seguridad de los pacientes, significa cualquier hecho que pueda impactar en el bienestar de los pacientes. De acuerdo a la Agencia para la Calidad de la Atención e Investigación en Salud de Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se entiende por Seguridad del paciente al “Conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.^{1,2}

Es por ello que la seguridad de los pacientes se ha vuelto una prioridad en Australia, Gran Bretaña, EUA y México.²⁻⁹

Un estudio de los Institutos de Medicina reporta que de 44 000 a 98 000 personas mueren en EUA cada año debido a errores médicos. En este reporte de 1999, se instó a que se creara una estrategia en el sistema de salud de los EUA para asegurar la calidad de la atención que se presta.⁷

En el éxito de un programa sobre seguridad del paciente, el liderazgo es un elemento crítico y no delegable, ya que únicamente los directivos pueden productivamente dirigir los esfuerzos de la organización para alcanzar una cultura y el compromiso que requiere el analizar los sistemas, procesos y causas que dieron origen a errores médicos y pusieron en riesgo la vida de los pacientes. De acuerdo a lo reportado en la literatura internacional, los programas de seguridad del paciente deben enfocarse en tres áreas particulares: cambio cultural, cambio en los procesos y la medición de éstos. El cambio cultural debe ser la consigna o el lema en la seguridad de los pacientes.^{2,10} Cuando los directivos empiezan a cambiar sus respuestas a los errores y fallas, preguntando *¿Qué fue lo que pasó?* En lugar de señalar o preguntar *quién hizo el error*, la cultura dentro de las instituciones de salud empieza a cambiar. *“El diseño, tanto estructural como el de los procesos, debe ser pensado para poder contener los riesgos y de esta manera reducir la probabilidad de que se presente un evento adverso”*. Un

evento adverso para el Centro Nacional de Seguridad del Paciente de EUA es “Aquel incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención”.⁷

La prevalencia de eventos adversos en los hospitales es alta y ahora es una prioridad la investigación de la prevención de los eventos adversos, para incrementar la eficiencia y efectividad de la atención médica. Un estudio australiano, al revisar una muestra de 14 179 ingresos en hospitales públicos y privados, reveló que 16.6% estuvieron asociados a eventos adversos, y 50.3% de ellos estuvieron asociados a cirugía.¹¹ En asociación con los eventos adversos secundarios a una cirugía se encuentran los eventos adversos producidos por la anestesia, por ello fue creado el Registro Perioperatorio de Paro Cardíaco en Pediatría (POCA) y su contraparte en adultos, por lo que son una parte del Proyecto Cerrado de Reclamaciones de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), la cual consiste en una revisión sistemática de las reclamaciones cerradas de la mala práctica médica en anestesia que inició en 1985, y actualmente se cuentan con 5 480 casos. Se encuentra soportada por el Comité de Responsabilidad Profesional de la ASA y la Universidad de Washington en Seattle. Este proyecto provee información de los eventos adversos de anestesia reportados por las reclamaciones de mala práctica médica y ha probado ser un mecanismo efectivo para describir las causas de los eventos, así como los mecanismos de producción de los mismos.¹² Estos hallazgos han dado lugar al desarrollo de guías de práctica clínica, así como a estimular la investigación clínica y de laboratorio para investigar los mecanismos de anestesia relacionados. En el análisis de las reclamaciones cerradas debidas a mala práctica médica en anestesia hay diferencias entre los niños y los adultos, ya que en los niños la mortalidad es mayor 50 y 35% respectivamente, así como mayor número de eventos respiratorios en pediatría 43 y 30% en el adulto.^{13,14}

El propósito de este artículo es sensibilizar al personal del hospital acerca de la seguridad de los pacientes, aunque el reporte es de una persona adulta, creemos que el compartir esta experiencia personal nos ayudará a cambiar la cultura dentro del Hospital Infantil de México, pues un evento adverso puede ocurrirle a cualquiera de nosotros.

El médico como paciente

Aproximadamente hace cinco años, un evento adverso, durante un tratamiento médico-quirúrgico, amenazó directamente la vida de uno de los autores, lo cual contribuyó a que, lejos de buscar culpables, incrementara de manera sustantiva el interés y la preocupación de fomentar cada vez más la seguridad del paciente. En pocas palabras, el evento adverso radicó en que durante el postoperatorio, después de un procedimiento quirúrgico sin complicaciones, unos minutos después del procedimiento, en la sala de recuperación, se aplicara una dosis de analgésico intravenoso a través del equipo de acceso vascular utilizado durante la cirugía. El problema fue que dicha línea venosa se encontraba purgada con un relajante muscular utilizado durante la cirugía y el cual no fue retirado oportunamente. Esto resultó en un paro respiratorio por relajación muscular. Afortunadamente, una adecuada monitorización fue suficiente para identificar el problema y resolver el evento de manera inmediata por medio de presión positiva y uso de medicamentos sin dejar secuela alguna. Se podría afirmar que el autor presencié su muerte y posteriormente su reanimación cardiopulmonar avanzada. Esto es digno de comentarse, ya que el binomio se invirtió; después de 11 años de experiencia en un Servicio de Urgencias reanimando niños, por unos segundos el médico experimentó el estrés por lo que pasa un paciente gravemente enfermo.

Con lo anterior, el tiempo recobró una nueva dimensión, la de quien valora cada instante porque no sabe si mañana verá la puesta del sol.

Dicha experiencia, lejos de ser negativa, se ha multiplicado en esfuerzos concretos y reales en la difusión de la seguridad del paciente, participando activamente en los cursos de capacitación de Seguridad del Paciente impartidos en el Hospital Infantil de México y, ahora más que nunca, con el nuevo concepto iniciado a partir de octubre de 2004, cuando la Organización Mundial de la Salud estableció la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente con el concepto de los pacientes por la seguridad del paciente. Esto es innovador, porque lejos del papel que juega el personal de salud en la seguridad del paciente, el concepto es que todos somos pacientes, y el mismo paciente también juega un papel trascendental en su propia seguridad. Se ha creado un grupo multidisciplinario denominado "Pacientes por la seguridad del paciente", constituido actualmente por más de 100 miembros distribuidos por todo el mundo en África, América, Región Mediterránea del Este, Europa y Región del Pacífico Oeste, grupo al cual el autor pertenece actualmente.

Conclusión

La comprensión de los conceptos mencionados al inicio de este artículo, es fundamental para la promoción de la seguridad del paciente. El primer paso a seguir es el arraigo a una cultura de seguridad por parte del personal de salud, lo cual aún se está trabajando en todo el mundo. El riesgo es inherente al ambiente hospitalario. El personal de atención médica debe aprender a ver, resaltar y contener los riesgos para brindar una atención médica segura y de calidad.

Citando un ejemplo, común y muy peligroso, podemos nombrar las infecciones nosocomiales.¹⁰ Es deber del personal del hospital poner en práctica medidas para reducir al mínimo factible este riesgo, lavarse las manos tantas o más veces de lo necesario representa el ejemplo más simple y uno de los más sencillos. Es necesario mencionar que dentro del terreno de la seguridad del paciente, el problema en la gran mayoría de los casos será

multifactorial, por lo que la prevención del riesgo debe abordarse de esta forma. La investigación se ha enfocado hacia la descripción de los errores y el entendimiento de cómo los factores organizacionales interactúan con los factores humanos para facilitar o mitigar los errores que ocurren en un hospital.^{15,16}

Aunque es mundialmente aceptado que los errores médicos en los hospitales ocurren con cierta frecuencia, el aceptarlos como errores del sistema es el primer paso. Es importante conocer lo que ocurre con los pacientes y escucharlos en lo que nos tengan que decir acerca de nuestros errores, para así poder corregirlos.¹⁷ Todos los individuos de la organización, incluyendo los altos directivos, deben tener una actitud no punitiva que enfatice *la falla en el sistema*, más que en el error individual. Favoreciendo de esta manera actividades dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes, ya que ésta es una responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de una institución; debe ser manejada en una forma interdisciplinaria, tomando en cuenta a todos los empleados del hospital que directa o indirectamente tienen que ver con la manera en que se proporciona la atención médica, alertar sobre los eventos adversos en los pacientes, y marcar las pautas a seguir con determinación y honestidad. Todos los departamentos, servicios, equipos de trabajo y comités deben aplicar principios de seguridad a sus procesos de trabajo y, posteriormente, analizar sus resultados.^{2,17,18}

¿Cómo promover una cultura -no punitiva- ante los eventos adversos en una institución? La institución debe definir claramente sus expectativas y fortalezas relacionadas con el desempeño laboral, así como una agenda de investigación enfocada hacia estudios profundizados en los errores, percances e incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes, estudios epidemiológicos, identificación de los factores de riesgo en los pacientes en los eventos de seguridad, investigación acerca de los factores humanos, el involucro del paciente en la seguridad del paciente, desarrollo

de indicadores de seguridad del paciente, y en la evaluación de intervenciones para mejorar la seguridad de éstos.¹⁹

El avanzar hacia una cultura de seguridad del paciente, no tan sólo representa una prioridad profesional y moral, sino también es tangible el impacto financiero que pueda tener dentro de la organización. Los costos resultantes de los errores médicos o eventos adversos son muy altos, los costos financieros que incluyen hospitalizaciones adicionales, indemnizaciones, costos legales, capacidad disminuida de generar ingresos y otros rubros; en los EUA están calculados entre 17 000 y 29 000 millones de dólares, en el Reino Unido aproximadamente de 8 700 millones de dólares, para una población menor. En México aún no contamos con estimaciones globales del problema, es razonable calcular que con condiciones generales más estrechas que en los países industrializados, los porcentajes de eventos adversos deben ser más altos.²⁰

Si bien es cierto que el concepto de seguridad del paciente existe y la cultura de seguridad se está difundiendo, en la práctica diaria hospitalaria el paciente sigue estando inseguro.

Ante esto nos debemos preguntar ¿cuál es el origen de la persistente inseguridad a la que se expone el paciente? Una de las múltiples respuestas que podemos dar es la falta de compromiso para con nuestros pacientes, no fomentar la relación médico-paciente, la práctica de una medicina deshumanizada; en pocas palabras, el concepto de pensar erróneamente que los problemas de los pacientes son exclusivamente de ellos.

El médico debe situarse de una manera objetiva por un momento en el problema médico, psicológico y social por el cual está atravesando su paciente. El comprenderlo y el practicarlo fomenta definitivamente la seguridad de nuestro paciente. Las dos caras de un binomio que con frecuencia aparecen enfrentadas son la del médico y la del paciente, las cuales deben com-

plementarse y, lejos de marcar territorios y jerarquías, ambas deben trabajar por el mismo objetivo, que es obtener el mayor grado de salud posible.

Estos conceptos deben regir la práctica clínica diaria, y aunque el médico no necesita padecer una enfermedad para poder diagnosticarla o tratarla, ya que sus conocimientos se basan en su educación médica continua, en algún momento de nuestra vida seremos pacientes.

Con lo anteriormente expuesto, los autores pretendemos sensibilizar al personal de salud y administrativo de los hospitales, acerca de la seguridad del paciente, el recordarles que todos en algún momento de nuestra vida seremos pacientes, y que el programa de seguridad en el paciente dentro del hospital y en nuestro país es una responsabilidad de todos. En la medida que protejamos a nuestros pacientes de posibles riesgos, estaremos contribuyendo en forma activa hacia el bienestar de ellos.

Referencias

1. Institute for Health Care Improvement. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 205-99.
2. SSA; Subsecretaría de Innovación y Calidad. *Estrategia Nacional Para Mejorar la Seguridad de los Pacientes*. México: Secretaría de Salud, Agosto; 2004.
3. SSA. *Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México: Secretaría de Salud; 2002.
4. Berwick D, Leape L. Reducing errors in medicine. *BMJ*. 1999; 319: 136-7.
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the HMPS I. *N Engl J Med*. 1991; 324: 370-6.
6. Thomas E, Studdert D, Burstin H. Incident and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000; 38: 261-71.
7. Kohn L, Corrigan J, Donalson M. *To err is human: Building a safer health system*. Washington DC: Institute of Medicine; 1999.
8. Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD. Adverse events in surgical patients in Australia. *Int J Qual Health Care*. 2002; 14: 269-76.
9. Editorial. A research agenda for patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18: 1-3.
10. Ponce-de León S, Rangel F, López E, Romero O, Huer-tas J. Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México. *Salud Publica Mex*. 1999; 41 Suppl 1: S5-11.
11. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995; 163: 458-71.
12. Cheney FW. The American Society of Anesthesiologists Closed Claims Project. What have we learned, how has it affected practice and how will affect practice in the future? *Anesthesiology*. 1999; 91: 552-6.
13. Morray JP, Geiduschek JM, Caplan RA. A comparison of pediatric and adult anesthesia closed malpractice claims. *Anesthesiology*. 1993; 78: 462-7.
14. Posner KL, Geiduschek J, Haberkern CM, Ramamoorthy C. Unexpected cardiac arrest among children during surgery: a North American registry to elucidate the incidence and causes of anesthesia related cardiac arrest. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11: 252-7.
15. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ*. 2000; 320: 774-7.
16. Rosenthal MM, Sutcliffe KM. *Medical error. What do we know? What do we do?* San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
17. Veazie PJ. An individual-based framework for the study of medical error. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18: 314-9.
18. Waring J. Getting to the "roots" of patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19: 257-8.
19. Perneger TV. A research agenda for patient safety. *Int J Qual Health Care*. 2006; 18: 1-3.
20. Ruelas E, Sarabia O. Curso-Taller "Seguridad en el Paciente en Unidades Hospitalarias" en SSA; Subsecretaría de Innovación y Calidad. *Estrategia Nacional Para Mejorar la Seguridad de los Pacientes*. México: Secretaría de Salud, Agosto; 2004.