

SEGURIDAD DEL PACIENTE: ¿PARA CUÁNDO UN COMPROMISO GLOBAL?**PATIENT SAFETY: WHEN WILL A GLOBAL COMMITMENT?**

Verdú F
Unidad Docente de Medicina Legal
Universitat de València

Correspondencia: Fernando.Verdu@uv.es

Desde hace mucho tiempo se viene hablando en muy diversos foros sobre el problema de la seguridad del paciente, durante los procesos asistenciales sanitarios. Desde la difusión en 2000 del bien conocido informe *To err is human*¹, en el que se ponían de manifiesto los enormes riesgos que asumen los pacientes durante la asistencia sanitaria, se han adoptado muy diversas iniciativas para tratar de atajar el problema.

De las 16.362 referencias que aparecen en PubMed cuando se efectúa una búsqueda con la cadena “*patient safety*”, 15.445 han aparecido desde el 1 de enero de 2001, hasta el 4 de octubre de 2013. Durante el resto del período que abarca la base de datos, la primera referencia se remonta a 1960², con un trabajo que se ocupa de la seguridad de la anestesia en el paciente obstétrico.

Hasta dos años después –podría hacerse un cálculo aproximado de los daños causados en el lapso, pero no es el momento- no aparece una nueva publicación que se ocupa de la implementación de un programa hospitalario para mejorar la seguridad del paciente³. Aunque no se ha tenido acceso al texto completo, el título del trabajo no deja lugar a dudas: responsabilidad en la gestión. Esta referencia es la primera de una serie de 7 en la que se analizan diversos problemas relativos a la seguridad del paciente.

Un análisis de lo publicado sobre la materia permite establecer diferentes períodos por sus publicaciones:

- Década de los sesenta: 14.
- Década de los setenta: 44.
- Década de los ochenta: 155.
- Década de los noventa 526.
- Año 2000:170.

909 publicaciones en cuarenta (¡40!) años, frente a 15.445 en casi 13 años. A poco que se reflexione sobre este fenómeno, pueden surgir interrogantes que no dejan en demasiado buen lugar a las profesiones sanitarias y sus gestores.

Solo se plantean dos para la meditación:

El personal sanitario ¿ha sido tan ignorante de los perjuicios que se podía causar durante la asistencia sanitaria?

El sistema gestor ¿se ha centrado lo suficiente en la prevención de los efectos indeseados de su acción sobre los pacientes?

El pasado 18 de septiembre se publicó *on-line* un nuevo trabajo sobre seguridad del paciente⁴ en el que, después de una revisión de 16.000 artículos–utilizando un método más compacto y complejo- dejan las cifras del tan reiterado trabajo de *To err is human* a la altura del betún.

El trabajo se centra en únicamente en siete efectos indeseados:

1. reacciones adversas a medicamentos.
2. infecciones urinarias relacionadas con el catéter

3. infecciones sanguíneas relacionadas con el catéter
4. neumonías nosocomiales
5. tromboembolismo venoso
6. caídas
7. úlceras de decúbito

Cuando se entra en el análisis de las cifras que ofrece el estudio, se llega a ver que realmente algo –muchos *algos*- no se está haciendo todo lo bien que sería deseable, especialmente cuando sólo se hace referencia a pacientes que han recibido atención hospitalaria y circunscrito a esos siete efectos indeseados. El resto no ha entrado en la evaluación. Impresionante.

Se transcribe la conclusión del trabajo comentado:

“This study provides early evidence that adverse events due to medical care represent a major source of morbidity and mortality globally. Though suffering related to the lack of access to care in many countries remains, these findings suggest the importance of critically evaluating the quality and safety of the care provided once a person accesses health services. While further refinements of the estimates are needed, these data should be a call to global health policymakers to make patient safety an international priority”.

¿Puede hacerse mejor? Seguro.

Un ejemplo: el Institute for Healthcare Improvement (IHI)⁵, una organización sin ánimo de lucro, presenta en su sitio web una interfaz –gratuita- que permite el acceso a los principales problemas ligados a la inseguridad de los sistemas sanitarios; se trata del IHI Improvement map⁶. Allí hay una serie de 73 procesos –por el momento- en los que se ofrece qué posibles soluciones podrían adoptarse.

Sin duda puede hacerse mejor y la solución es fácil: más conciencia individual y más conciencia del sistema.

Adenda:

Después de la búsqueda en PubMed con la cadena “*patient safety*”, se añadieron aisladamente diferentes palabras clave.

Al añadir *forensic*, el recuento de los 16.362 resultados se redujo a 26.

Al incluir *liability*, surgieron 282 referencias.

Buscando conjuntamente con *responsibility*, el número de referencias aumento a 468.

Finalmente al incluir *ethics*, aparecieron 565 referencias, cerca de un 3,5% del total. Descorazonador.

Queda abierta la interpretación a estos resultados de la adenda.

¹ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MSe, et al. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

² Kreul W. Regional anesthesia for increasing obstetrical patient safety. Wis Med J. 1960 Jun;59:370-3.

³ Ahern JJ. Elements of a hospital patient safety program. I. Management responsibility. Ind Med Surg. 1962 May;31:200-1.

⁴ Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW.. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studiesBMJ Qual Saf. 2013 Oct;22(10):809-15. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748.

⁵ <http://www.ihl.org/about/pages/default.aspx> (acceso el 04.10.2013)

⁶ <http://app.ihl.org/imap/tool/> (acceso el 04.10.2013)