EDITORIAL

Seguridad del paciente, resultados clínicos y eficiencia en los servicios de emergencias

Patient safety, clinical outcomes, and efficiency in the emergency department

Martín Tejedor Fernández[1], María José Ferrer Higueras[2], Rocío Tejedor Benítez[3]

"Lo primero es no hacer daño". Este aforismo del ilustre médico griego sigue siendo hoy una orientación precisa y práctica para alcanzar la excelencia clínica. Desde una perspectiva actual contiene principios éticos, de seguridad del paciente y de eficiencia. Cuando prestamos una asistencia sanitaria estamos obligados como profesionales a ofrecer un servicio de calidad a la primera y todas las veces, o sea, sin añadir daños innecesarios a nuestros pacientes. Cuando lo hacemos así, el resultado clínico no solo es bueno, sino también de menor coste, de mayor eficiencia clínica y económica.

La medición de los resultados clínicos se basa fundamentalmente en determinar cuál es el nivel de no-calidad o, lo que es lo mismo, en cómo de segura es la atención: las tasas de diagnósticos erróneos, lesiones durante un procedimiento, errores de medicación, mortalidad evitable, complicaciones, secuelas, infecciones nosocomiales y otros son todos indicadores de calidad basados en la presencia de efectos adversos, en el grado de daño innecesario que invariablemente acompaña a la asistencia.

El alcance clínico y social de los problemas derivados de las brechas en la seguridad del paciente en el proceso asistencial es enorme: más de 200.000 muertes anuales en los Estados Unidos[1], aproximadamente 1 de cada 10 pacientes que se hospitalizan en España sufre un evento adverso[2], y unas 12.650 de las muertes ocurridas anualmente en los servicios de urgencias de hospitales españoles están relacionadas con un evento adverso[3].

Desde un enfoque exclusivamente económico, una asistencia más segura tendría un impacto extraordinario, estimado en 1999 en EE.UU. en un ahorro de unos 17 a 29.000 millones de dólares anuales[4] o en España en 1.062.672.774 millones euros/año exclusivamente en la asistencia que se proporciona en los hospitales[5].

Como en otras disciplinas o especialidades médicas[6,7], los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias tenemos, por tanto, la obligación de llevar a cabo planes de seguridad específicos para este ámbito[8,9], y promover y realizar las acciones que conduzcan a una disminución radical de los eventos adversos. Esto exige incorporar nuevas competencias en el uso de herramientas que, como el Análisis Modal de Fallos y Efectos o el LEAN[10], nos ayuden a profundizar en el conocimiento estructurado de los procesos asistenciales y de sus puntos críticos de riesgo, permitiéndonos de ese modo actuar de forma preventiva o correctiva sobre las causas de los fallos que generan los incidentes de seguridad, especialmente las de aquellos que tienen consecuencias clínicas para los pacientes, y reducir los tiempos de asistencia, factor determinante del resultado en los procesos asistenciales tiempo-dependientes.

Cumpliendo con su misión, la SEMES incorporó tempranamente en sus Estándares de Acreditación de Servicios de Urgencias de Hospitales[11] indicadores recomendables de seguridad del paciente y unas primeras orientaciones dirigidas en el mismo sentido en los correspondientes a Servicios de Emergencias (SE)[12] y Servicios de Urgencias de Atención Primaria[13].

La implantación de los sistemas de notificación de incidentes de seguridad tiene una base racional: se aprende del análisis de los errores, pero no es posible proceder de este modo si aquellos no se notifican y registran. Pero esta deducción lógica no está exenta de dificultades cuando se lleva a la práctica: existe una universal y comprobada resistencia de los profesionales a la notificación, aunque esta sea anónima y voluntaria, conlleva el riesgo de que se convierta en un fin en sí mismo, los incidentes que se comunican son mayoritariamente leves que con frecuencia no llegan a producir daño o lesión en los pacientes, y además existen otros obstáculos. Hasta tal punto esto es así, que se han desarrollado métodos alternativos para conocer qué ocurre verdaderamente en la asistencia clínica a través del análisis de las historias clínicas[14].

Toda una serie de factores pueden contribuir a la aparición de eventos adversos en la atención a emergencias en el ámbito prehospitalario: el entorno en donde se desarrolla la acción, factores del mismo paciente, factores relacionados con los proveedores de la asistencia (muy especialmente los problemas derivados de la comunicación) y los relacionados con la miríada de intervinientes en el sistema.

Filiación de los autores: [1]Servicio de Calidad y Documentación Clínica, Hospital Universitario Reina Sofía,Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba, España. [2]Facultativa Especialista de Área de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba, España. [3]Psicóloga. Consultora de Calidad y Seguridad del Paciente, SINERGY, Sevilla, España.
Información para correspondencia: Martín Tejedor Fernández. Servicio de Calidad y Documentación Clinica. Hospital Universitario Reina Sofía. Av. Méndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba, España.
Correo electrónico: martin.tejedor.sspa@juntadeandalucia.es
Información del artículo: Recibido: 3-5-2016. Aceptado:4-5-2016. *Online:* 6-5-2016.

Hay multitud de publicaciones que tratan de caracterizar la seguridad del paciente en los SE y muchas de ellas son descriptivas, pero no existe un marco de referencia para definir, clasificar e informar de los eventos adversos, por lo que no hay manera de conocer fehacientemente la incidencia de aquellos en el ámbito de las emergencias prehospitalarias. Así pues, no hay una taxonomía universalmente aceptada de eventos adversos en la asistencia a emergencias. Las dificultades que esto entraña para la clasificación y el estudio de los incidentes de seguridad son obvias.

Parece existir bastante consenso en que la mayoría de los eventos adversos son evitables y que los tipos de incidentes de seguridad del paciente en este nivel de asistencia están fundamentalmente relacionados con la calidad del juicio clínico derivada de la formación de los profesionales y su entrenamiento, eventos adversos relacionados con la medicación, intubación endotraqueal *in situ,* seguridad de los equipos móviles terrestres y aéreos y el transporte secundario[15]. No hemos encontrado referencias sobre el impacto en los resultados después de la aplicación de acciones de mejora.

Por lo comentado anteriormente, el trabajo publicado en este número de la Revista por Galván Núñez *et al.* tiene una gran importancia, ya que supone una avanzadilla, una apertura de la puerta en España a los estudios sobre seguridad del paciente en los SE. En el trabajo hay un mensaje implícito claro: es imposible mejorar la asistencia si no somos capaces de detectar qué tipos de fallos se producen durante la misma, las causas de estos y las consecuencias clínicas para el paciente derivadas de ellos.

La naturalidad con que los autores tratan de la implantación de un sistema de notificación de incidentes de seguridad supone un soplo de aire fresco en un asunto difícil, que moverá voluntades en otros SE. Es importante tener presente que los sistemas de notificación y otras iniciativas dirigidas a mejorar la cultura de seguridad son solo instrumentos útiles para alcanzar la gran meta final: mejorar los resultados clínicos mediante la reducción de los daños colaterales e indeseados de la asistencia. Por eso, quizás el trabajo habría mejorado notablemente si los autores hubieran reflexionado más extensamente sobre esta cuestión. No es un tema fácil, pero solos el conocimiento, la descripción y la clasificación de los incidentes de seguridad, aunque suponen un avance, no son ya suficientes en el contexto contemporáneo. El esfuerzo debe ir dirigido, sin más dilación, hacia la aplicación de medidas efectivas que disminuyan o hagan desaparecer definitivamente determinados fallos que tienen consecuencias graves para los enfermos, aunque estén basados en las conclusiones extraídas del análisis de un solo caso.

Animamos a los autores del trabajo y a otros equipos para que en el futuro próximo nos ilustren con las mejoras conseguidas en la práctica tras el análisis causa-raíz de los eventos adversos que se produzcan y la aplicación de las acciones preventivas y correctoras en los procesos que aquel sugiera, cerrando así el ciclo de la calidad, en beneficio de los pacientes y de las segundas víctimas de los incidentes de seguridad: los profesionales que les atienden.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Bibliografía

1 John T. James, PhD. A New, Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. J Patient Saf. 2013;9:122-8.
2 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3 Santiago Tomás, Manel Chanovas, Fermí Roqueta, Julián Alcaraz, Tomás Toranzo y grupo de trabajo EVADUR-SEMES: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22:415-28.
4 To err is human: Building a safer health system. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington, DC: National Academy Press, Institute of Medicine; 1999.
5 Allué N, Chiarello P, Bernal Delgado E, Castells X, Giraldo P, Martínez N, et al. Impacto económico de los eventos adversos en los hospitales españoles a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Gac Sanit. 2014;28:48-54.
6 Pérez Lázaro JJ, Fernández Ruiz I, Tejedor Fernández M, Guerra de Hoyos JA, Jiménez Rodríguez M, De Pazzis Die de Ortega M, et al. Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013;60:204-214.
7 Paredes Esteban RM, Castillo Fernández AL, Miñarro del Moral R, Garrido Pérez JI, Granero Cendón R, Gómez Beltrán O, et al. Elaboración de un plan de seguridad del paciente en un Servicio de Cirugía Pediátrica. Cir Pediatr. 2014;27:157-64.
8 Tejedor-Benítez A, Ferrer-Higueras MJ, Tejedor-Fernández M. Plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias o emergencias. En: Tejedor-Fernández M, Pérez-Lázaro JJ, editores. Seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015. (Consultado 13 Enero 2016). Disponible en: http://www.easp.es/virtual/docencia/
9 Tejedor Fernández M, Montero Pérez FJ, Miñarro del Moral R, Gracia García F, Roig García JJ, García Moyano AM. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? Emergencias. 2013;25:218-27.
10 Tejedor Panchón F, Montero-Pérez FJ, Tejedor Fernández M, Jiménez Murillo L, Calderón de la Barca Gázquez JM. Mejora de los tiempos de proceso en un Servicio de Urgencias de hospital de alta complejidad mediante la metodología Lean. Emergencias. 2014;26:84-93.
11 Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2ª Edición; 2008.
12 Estándares de Acreditación para Servicios de Emergencias. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2006.
13 Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; 2009.
14 Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. (Consultado 13 Enero 2016). Disponible en: www.IHI.org
15 Bigham BL, Morrison LJ, Maher J, Brooks SC, Bull E, Morrison M, et al. Patient Safety in Emergency Medical Services. Advancing and Aligning the Culture of Patient Safety in EMS. Canada: The Canadian Patient Safety Institute; 2011. (Consultado 27 Abril 2016). Disponible en: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/patientSafetyinEMS/Documents/Patient%20Safety%20in%20EMS%20Full%20Report.pdf