

## **RECOMENDACIÓN ABRIL 2014**

### **SEGURIDAD DEL PACIENTE 2014. LAS PRINCIPALES MEDIDAS QUE DEBEN ESTIMULARSE YA**

Durante los últimos 14 años, desde la publicación del reporte del Institute of Medicine de los EE.UU. “To Err is Human. Building a Safer Health System”, la mejora de la seguridad de los pacientes ha sido el foco de un considerable interés público y profesional. Si bien los esfuerzos de estos años requirieron de cambios en las políticas, capacitación, fuerza de trabajo, financiamiento, organización e implementación, el mayor problema tal vez haya radicado en la escasa investigación y en la falta de evidencias científicas sólidas que apoyen los cambios que se proponen. Específicamente, para mejorar la seguridad del paciente se necesita identificar los peligros, determinar cómo medirlos con precisión y delinear soluciones realmente efectivas para reducir los posibles daños. En ese sentido, el reporte del 2001 encargado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, USA) “*Making Healthcare Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*” ayudó a identificar algunas tempranas prácticas de seguridad basadas en la evidencia, aunque también remarcó la enorme brecha entre lo que se sabía y lo que se necesitaba conocer.

Desde la publicación de este informe pionero, el campo de la seguridad del paciente como disciplina ha madurado. Tanto los reguladores como los organismos de acreditación estimulan a las organizaciones de salud a que adopten “prácticas seguras” y que eviten eventos adversos que son considerados total o mayormente prevenibles. Una considerable cantidad de dinero y de horas-hombre han sido invertidas en esfuerzos para mejorar la seguridad, y la mayoría de las instituciones de salud consideran a la seguridad de sus pacientes como una prioridad estratégica.

Sin embargo, la evidencia indica que los progresos han sido mínimos en relación a los esfuerzos y a la inversión. Algunas prácticas de seguridad del paciente (PSP), han tenido en consecuencias no deseadas, mientras que otras han demostrado ser muy dependientes del contexto, funcionando

efectivamente en el ámbito de una investigación, pero fracasando cuando se trataban de implementar de manera generalizada. Al menos tres estudios publicados luego del año 2010 continúan encontrando altos índices de daños prevenibles en hospitales, uno de los cuales no encontró progresos en las tasas de eventos adversos entre 2003 y 2008.

En este marco, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), comisionó en 2009 a un grupo de trabajo para que realizara una nueva investigación sobre el estado de las mejores prácticas de seguridad del paciente basadas en la evidencia. Participaron del proyecto prestigiosas instituciones (RAND Corporation; Stanford University; University of California, San Francisco; John Hopkins University; ECRI Institute.) y un panel de 21 expertos en seguridad y en evaluación de medidas basadas en la evidencia.

El grupo adoptó la misma definición de Práctica de Seguridad del Paciente (PSP) del estudio del 2001:

“Tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de salud a través de un rango de enfermedades y procedimientos”

La investigación involucró tres fases. En la primera, los expertos desarrollaron un marco para analizar los trabajos existentes y evaluar prospectivamente la implementación de nuevas prácticas de seguridad del paciente. Uno de los principales desafíos que los investigadores encontraron en esta etapa fue tratar de establecer qué debe considerarse como evidencia cuando se investiga la seguridad de los pacientes. A diferencia de otras ramas de la investigación, muchas de las prácticas propuestas para mejorar la calidad y seguridad de la atención implican intervenciones socio-técnicas complejas sobre la totalidad de una organización de salud o sobre un grupo de prestadores determinado, y estas intervenciones pueden estar dirigidas a eventos de rara ocurrencia. Entonces, para enfrentar el desafío mencionado, el grupo reconoció que cada práctica de seguridad debe ser evaluada en dos dimensiones: la de la evidencia acerca de su resultado y la de los factores de contexto que influyen en la utilización de la medida y por ende en su efectividad (estructura de la organización, tamaño, complejidad, recursos financieros, cultura de seguridad, liderazgo, trabajo en equipo, incentivos, etc.).

La segunda fase consistió en la revisión de las actuales estrategias de seguridad del paciente. Comenzaron con los 79 tópicos que habían sido abordados en el informe del 2001 (Making Health Care Safer...) y le agregaron las prácticas sugeridas por el National Quality Forum (2010), la Joint Commission y el Leapfrog Group, llegando a totalizar 158 tópicos potenciales. A partir de esta lista inicial, se realizaron varias rondas de votación para achicar

el espectro, hasta llegar a 41 prácticas de seguridad del paciente (PSP) que los expertos consideraron que eran más importantes. Sin embargo, este número de PSPs era todavía demasiado grande para que los expertos pudieran analizar en profundidad la evidencia dentro del plazo establecido para el trabajo (4 años). Por ese motivo, se les preguntó a los especialistas qué era lo mejor: si un abordaje más amplio de tópicos pero con menor detalle o un abordaje sobre menos temas pero con mayor profundidad. El panel de expertos recomendó entonces un abordaje intermedio, según el cual algunos tópicos serían revisados en profundidad (“in depth reviews”) y otros recibirían una breve y rápida revisión (“brief reviews”). Las razones para incluir a una determinada práctica dentro de las que merecerían sólo una rápida revisión eran variadas: o bien la práctica de seguridad ya estaba bien establecida o los interesados sólo deseaban conocer qué había de nuevo desde que esa práctica había sido analizada en profundidad. Otras veces, nuevas evidencias sugerían que la PSP no era tan efectiva como se pensaba en un principio, o se trataba de una práctica emergente con poca evidencia acumulada. Finalmente, de las 41 prácticas seleccionadas se analizaron en profundidad 18 y en forma breve 23.

Para cada una de las prácticas de seguridad del paciente propuestas, se describió la magnitud del problema en términos de frecuencia y potencial severidad, se analizó la fuerza de la evidencia, se investigó la posibilidad de consecuencias indeseadas, se estimaron costos y se estableció la dificultad en su implementación.

En la última fase de la investigación, el panel de expertos explícitamente ponderó la fuerza y calidad de la evidencia sobre la efectividad de cada práctica de seguridad del paciente (PSP) estudiada y concluyó que hay 22 que ya están listas para ser adoptadas en las instituciones de salud. Las primeras 10 son aquellas que el panel de expertos consideró que su adopción debe ser “fuertemente recomendada”. Las restantes 12 son aquellas que son sólo “recomendadas”. La futura implementación masiva y evaluación constante de estas medidas permitirá una mejor comprensión que ayude a refinarlas para que sean cada vez más efectivas. (Ver tablas 1 y 2)

Las conclusiones de cuatro años de trabajo fueron publicadas por AHRQ en marzo del 2013, en un documento que fue reproducido el mismo mes en un suplemento especial del *Annals of Internal Medicine*. Los expertos coinciden en que los hospitales, clínicas y sanatorios no debieran retrasar la adopción de estas prácticas, particularmente las que se recomiendan fuertemente. Ya se conoce lo suficiente como para que el sistema de salud pueda avanzar en este sentido.

## ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LISTAS PARA SU INMEDIATA ADOPCIÓN

**Tabla 1. Fuertemente recomendadas**

1. Listados de verificación (“checklists”) preoperatorios y de anestesia para prevenir eventos adversos durante la cirugía y la recuperación.
2. Paquetes de medidas (“bundles”) que incluyan checklists para prevenir infecciones de vías centrales.
3. Intervenciones para reducir el uso de sondas vesicales, incluyendo recordatorio escrito de su utilización, órdenes de retiro o protocolos de remoción iniciados por enfermería.
4. Paquetes de medidas (“bundles”) para prevenir neumonías asociadas al respirador que incluyan la elevación de la cabecera, vacaciones de la sedación, higiene oral con clorhexidina y aspiración subglótica del tubo endotraqueal.
5. Higiene de manos.
6. Listado de abreviaturas peligrosas que no se deben usar.
7. Intervenciones múltiples para prevenir escaras por decúbito.
8. Precauciones de barrera para prevenir infecciones hospitalarias.
9. Colocación de vías centrales bajo control ecográfico en tiempo real.
10. Intervenciones para mejorar la profilaxis de tromboembolismos venosos.

**Tabla 2. Recomendadas**

1. Intervenciones múltiples para reducir caídas
2. Utilización de fármacos clínicos para prevenir eventos adversos vinculados a la medicación.
3. Documentación de la preferencias del paciente respecto a medidas de soporte vital ("testamento vital")
4. Obtención del consentimiento informado para mejorar la comprensión por parte de los pacientes de los riesgos potenciales de los procedimientos.
5. Entrenamiento en trabajo en equipo.
6. Reconciliación de la medicación.
7. Prácticas para reducir la exposición a radiación por radioscopias y tomografías computadas.
8. Utilización de indicadores de resultados quirúrgicos.
9. Sistemas de respuesta rápida.
10. Utilización de métodos complementarios para detectar eventos adversos o errores médicos para el monitoreo de problemas de seguridad del paciente.
11. Indicaciones computarizadas.
12. Utilización de ejercicios de simulación en los esfuerzos por la seguridad de los pacientes.

**Fuentes:**

- ✓ Agency for Healthcare Research and Quality. March, 2013. Making Health Care Safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices.
- ✓ Shekelle PG, Pronovost PJ, Wachter R. et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. Annals of Internal Medicine. 5 March 2013. Volume 158. N°5. Part 2. p 365-369