

# Evaluación del riesgo en eventos adversos

Dres. Homero Bagnulo, Marcelo Barbato, Mario Godino, Jorge Basso

**Comisión Nacional para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.  
Dirección General de la Salud. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay**

La Administración de Veteranos ha desarrollado criterios que nos permiten graduar la severidad de un evento adverso y la probabilidad de su recurrencia.

Categorías por probabilidad:

1. Frecuente: ocurren reiteradamente, se repiten cada cortos períodos.
2. Ocasionales: ocurren varias veces cada uno o dos años.
3. Infrecuente: pueden ocurrir algunas veces en dos a cinco años.
4. Remoto: ocurren alguna vez en dos a cinco años.

Categorías por consecuencias:

1. Catastrófica: muerte iatrogénica o pérdida permanente de una defunción debido al evento analizado.
2. Mayor: alteración en la función o en la fisonomía de un paciente, necesidad de intervención quirúrgica o prolongación de la estadía o mayor nivel de cuidado.
3. Moderada: incremento en la estadía, mayores gastos, mayor necesidad de monitoreo.
4. Menor: no hay injuria, no requiere tratamiento, pérdida de utilidad para la institución sin daño al paciente.

## Áreas temáticas actualmente en discusión en cuanto a la seguridad de la atención

1. *Limitación en los horarios de desempeño de las tareas* tanto para residentes como para quienes se desempeñan en guardias. Se discute la cantidad de horas corridas que quienes se desempeñan en el área de la salud puedan realizar, sin que esto afecte su rendimiento y determine una mayor frecuencia de errores. Se propende a que no se realicen más de 12 horas corridas y que si la duración de las guardias es mayor se intercalen períodos de aproximadamente dos horas de descanso, sin interrupciones. El total de horas a la semana no debiera sobrepasar las 48, y en algunos países europeos se ha restringido a 40. Existen ya normativas aplicadas sobre este aspecto en la Comuni-

dad Económica Europea y en hospitales docentes en Estados Unidos. Se debieran además planificar las guardias siguiendo el ritmo circadiano. Se ha visto, sin embargo, que esto conlleva otros problemas, ya que determina un mayor número de transferencias de pacientes ("Hand-off", entre nosotros pases de guardia). Especialmente relevante resulta esta última problemática en el desempeño de las tareas de enfermería, donde las guardias de tan solo seis horas no encuentran justificación del punto de vista de la doctrina de la seguridad de la atención.

2. *Desarrollo de la tecnología de la información a los efectos de incrementar la seguridad.* Esto implica la computarización de la historia clínica: la tecnología aplicada a la prescripción y dispensación de la medicación, la historia clínica electrónica así como en apoyo a la toma de decisiones.

Pese a la insistencia en que la adopción de sistemas sofisticados de tecnología de la información podría resultar determinante en la disminución de los errores, esta no ha sido adoptada en forma masiva, ya que en 2009, sólo

Probabilidad	Consecuencia			
	Menor	Moderada	Mayor	Catastrófica
Frecuente	2	2	3	3
Ocasional	1	2	3	3
Infrecuente	1	1	2	3
Remoto	1	1	2	2

El score de 1 define bajo riesgo, el 2 riesgo intermedio y el 3 riesgo elevado.  
Un score de 3 debe desencadenar siempre un análisis de causa raíz.

2% de los hospitales en Estados Unidos tenían plenamente desarrollados los aspectos reseñados y únicamente 15% habían adoptado algunos adelantos sectoriales. Similar situación se presenta en el Reino Unido. La actual administración del presidente Obama ha destinado 20 billones de dólares a los efectos de la universalización de esta tecnología en todos los hospitales para 2015.

3. *Reconocimiento (disclosure) a los pacientes y a sus familiares de los eventos adversos sucedidos durante la atención.* Mientras que todos los autores están de acuerdo en que es necesario, del punto de vista ético, el reconocimiento por parte de los técnicos actuantes cuando se produce un daño vinculado a eventos adversos, se discute si en situaciones en que los daños son menores o no existe daño deben también ser comunicadas. Es necesario, además, que el equipo reciba un entrenamiento apropiado a los efectos de este reconocimiento: qué estrategias (varios integrantes en forma conjunta); qué palabras usar (siempre en primera persona, por ejemplo, es culpa nuestra, etcétera). Luego de una entrevista bien realizada se ha demostrado mayores niveles de confianza entre las partes con una mejor percepción de la calidad de la atención y, tal vez, menores riesgos de acciones legales.

4. *Promover el compromiso de los pacientes en el autocuidado en seguridad.* Existe una amplia gama de recomendaciones para distintas situaciones en cuanto a que el paciente y su entorno participen aumentando la seguridad en la atención. Se insiste en que en la seguridad, no hay mejor aliado que el propio paciente y su familia. Es importante que el propio paciente conozca y, por tanto, pregunte sobre la medicación que recibe estando internado. Que sepa, en cada circunstancia, dónde deberá recurrir, quién es su referencia, identifique las situaciones de riesgo, etcétera. Hay múltiples cartillas desarrollando recomendaciones de acuerdo con las situaciones (cuidado hospitalario, cuidado domiciliario, consulta externa, etcétera) y también en relación con condiciones crónicas (diabéticos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asmáticos, etcétera).

5. Especial importancia adquieren para la seguridad las *situaciones de transición en el cuidado*, o sea transferencias entre sectores: de la emergencia a la unidad de cuidado intensivo, de ésta a sala, de la sala al cuidado domiciliario, etcétera. Está demostrado que es aquí donde se producen errores por déficit en las comunicaciones, tanto verbales como escritas, tanto en los diagnósticos como más aun en la medicación. Esta última requiere de una estrategia específica conocida como “reconciliación de la medicación”. Por otra parte, se han desarrollado resúmenes de traslado organizados de tal forma que no se omitan datos relevantes.

6. *Importancia del entrenamiento en el trabajo integrado.* Siempre se hace referencia a la necesidad del trabajo “en equipo”, pero este no es un fruto de la espontaneidad, sino que requiere de un entrenamiento previo entre los distintos integrantes a los efectos de su mejor acoplamiento. Esto es de capital importancia para la integración en la tarea entre los médicos y las licenciadas en enfermería, ya que se reconoce que la diferente formación en la etapa del pregrado determina distintas formas al encarar la atención médica, y esto es lo que dificulta luego la real integración en la tarea diaria.

7. Esto nos lleva a la imperiosa necesidad de que los conceptos vinculados a la seguridad en la atención integren *la formación en el pregrado*, de tal forma que al comenzar a desarrollar su práctica clínica los residentes puedan visualizar la importancia del trabajo en equipo y la evaluación de los riesgos que la atención médica puede causar. Por último, dos temas que en estos años han demostrado que pueden tener un enorme impacto en esta área:

8. *Diseñar sistemas de pago que premien las prestaciones más seguras* y que, por tanto, dejen de retribuir los eventos adversos que se consideran prevenibles. Por ejemplo, no retribuirle a las instituciones o a los prestadores individuales por actos realizados para reparar eventos adversos prevenibles (si un paciente sufre una infección hospitalaria de órgano/espacio por la que debe ser reintervenido, no se debiera recibir remuneración por este acto). Por lo contrario, si un médico tiene un alto porcentaje de sus pacientes con las vacunas recomendadas (por ejemplo, 95% de la población asistida mayor de 60 años, con vacuna antineumocócica), recibirá un bono que puede ser desde dinero en efectivo a mayor licencia, becas para congresos, etcétera.

9. Desarrollo institucional de procesos que permitan *identificar y dar respuestas a cuidadores con comportamientos disruptores o frente a quienes crean una cultura negativa de seguridad.* Por ejemplo, quienes sistemáticamente no cumplen con las pautas instauradas en una institución dada: quienes no utilizan las distintas chek-list, no llenan las descripciones operatorias o la hoja anestesiológica informatizada, los resúmenes de alta, etcétera. Esto lleva implícito el desarrollo a nivel institucional de fuerte liderazgos para el mejoramiento de la calidad de las prestaciones.

La temática de la seguridad de la atención recorre horizontalmente tanto las etapas de la atención (emergencia, block quirúrgico, medicina intensiva, medicina interna, pediatría, obstetricia, atención domiciliaria) como los distintos procesos diagnósticos (clínicos, imagenológicos, bioquímicos). Especial importancia tienen las estrategias

de comunicación en cada una de estas situaciones, dado que los errores en la comunicación explican un elevado porcentaje de los eventos adversos que se suscitan. Todos estos temas deberán ser desarrollados a futuro en sucesivas revisiones. Pero un tema pendiente en nuestro medio es la creación de un *sistema de registro y notificación* de los eventos adversos. Ya en el informe de IOM se estableció que los sistemas de notificación constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Un proceso de notificación permite mejorar e implementar la seguridad de la atención en diversos sentidos: alertar de nuevos riesgos (efectos adversos de un nuevo fármaco), compartir la información sobre diferentes métodos para prevenir errores, crear una cultura de seguridad, revelar qué situaciones requieren especial atención dadas las características locales, recomendar las mejores prácticas a desarrollar. En nuestro medio no conocemos aún el impacto de los eventos adversos, ya que no se han realizado encuestas nacionales ni estudios de prevalencia de los mismos. Definir la línea de base y reconocer la realidad nacional es una decisión estratégica para trabajar en la prevención y mejorar nuestro conocimiento situacional. Dado que el país se encuentra abocado a la construcción de un nuevo sistema sanitario, es necesario poner énfasis en obtener cuidados más seguros, nivel imprescindible para desarrollar una mejor calidad. En este contexto, en 2007 se creó la Comisión Nacional para la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, de rango ministerial y dependiente de la Dirección General de la Salud. A punto de partida de ésta comenzaron a formarse grupos interesados en la temática de la seguridad, en la epidemiología del error, su génesis, el concepto de la cultura de seguridad, la forma de medirla. Se han realizado revisiones sistemáticas de historias clínicas elevadas para su evaluación a las autoridades ministeriales mediante análisis de causa raíz. También se han realizado cursos sobre estos tópicos durante los últimos tres años con el objetivo de aumentar la masa crítica de los profesionales involucrarlos en la seguridad de la atención médica.

En agosto de 2008 (ordenanza ministerial N° 481) se establece la obligatoriedad del funcionamiento en todos los prestadores públicos y privados de Comisiones para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina. La Comisión Nacional descrita ha interactuado con dichas comisiones a los efectos de estimular el desarrollo de actividades vinculadas a una atención más segura y al intercambio de experiencias.

Es éticamente necesario aclarar que nada de lo comunicado en el presente artículo es original de los autores. Se trata básicamente de conceptos aprendidos de diversos autores en libros, artículos de revisión, páginas web, conferencias. Por tanto, más que una extensa bibliografía que nos llevaría doble extensión que la del artículo en sí, nos permitimos recomendar algunas lecturas que consi-

deramos imprescindibles para adentrarnos en esta problemática.

Al mismo tiempo, hay autores que son imprescindibles puesto que han marcado hitos en la seguridad en la atención médica: James Reason, Charles Vincent, Lucian Leape, Donald Berwick, Liam Donaldson (presidente World Alliance for Patient Safety), Peter Pronovost, Robert Wachter, Bill Runciman, R. Analberti, Albert Wu.

### Lecturas recomendadas

(ordenadas por fecha de publicación)

- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163(9): 458-71.
- Great Britain Chief Medical Officer. Great Britain Department of Health. An organization with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health, Stationery Office, 2000.
- Wu, AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000; 320(7237): 726-7.
- Institute of Medicine. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To err is human: building a Safer Health System. Washington, D.C: Nacional Academy Press, 2000.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21st century. Washington, D.C: Nacional Academy Press, 2001.
- Vincet C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: Preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322(7285): 517-9.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170(11): 1678-86.
- Aranz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Vincent, Charles. Patient Safety. Edinburgh: Elsevier, 2006.
- Runciman WB, Merry A, Walton M. Safety and ethics in healthcare. Aldershot: Ashgate, 2007.
- Volpp KG, Landrigan CP. Building physician work hour regulations from first principles and best evidence. *JAMA* 2008; 300(10): 1197-9.
- Wachter, Robert. Understanding Patient Safety. New York: Mc Graw Hill, 2008.
- España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio IBEAS: Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- López L, Weissman JS, Schneider EC, Weingart SN, Cohen AP, Epstein AM. Disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care. *Arch Intern Med* 2009; 169(20): 1888-94.
- Wachter RM. Entering the second decade of the patient safety movement: the field matures: comment on «disclosure of hospital adverse events and its association with patients' ratings of the quality of care». *Arch Intern Med* 2009; 169(20): 1894-6.
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(1): 53-62.
- O'Leary KJ, Kulkarni N, Landler MP, Jeon J, Hahn KJ, Englert KM, et al. Hospitalized patients' understanding of their plan of care. *Mayo Clin Proc* 2010; 85(1): 47-52.