



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liam-
humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liam-
humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

¿ESTAMOS ABORDANDO EL PROBLEMA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DESDE LA PERSPECTIVA CORRECTA?

Mònica Ballester Roca

Resumen: La alta prevalencia de los eventos adversos para la seguridad del paciente en la atención hospitalaria es un hecho, tal como muestran estudios recientes. El enfoque viene siendo la creación de unidades funcionales de seguridad del paciente, el fomento de una cultura de seguridad del paciente, la implantación de sistemas de notificación voluntarios o la aplicación de prácticas seguras, entre otros. Pero un análisis de las causas raíz de los eventos adversos, muestra una serie de factores organizativos presentes en los hospitales que contribuyen a que la labor asistencial se realice de manera insegura y los profesionales cometan errores: la capacitación de los profesionales, la supervisión de los médicos en formación, la formación, ratios y turnos de enfermería, los problemas de comunicación en los equipos, la sobrecarga de trabajo, la atención médica continuada, la atención a las condiciones médicas de los pacientes quirúrgicos, los fallos en la respuesta emergente, el incumplimiento de protocolos o la sobreocupación de camas hospitalarias. Es necesario pues que los gestores sanitarios cambien su enfoque hacia estos factores para reducir el impacto de los problemas de seguridad del paciente.

Palabras clave: *seguridad del paciente /cultura de seguridad del paciente/ eventos adversos/ liderazgo/gestión sanitaria.*

Abstract: PATIENT SAFETY IN HOSPITAL CARE: ARE WE ADDRESSING IT FROM THE RIGHT PERSPECTIVE?

Recent studies show high rates of patient safety adverse events in hospital care. The approach has been the creation of patient safety units, promotion of a safety culture, implementation of voluntary notification systems or the application of safe practices, among others. But an analysis of the root causes of adverse events shows a series of organizational factors existing in hospitals that contribute to unsafe work and human error: staff training, supervision of doctors in learning, team communication problems, work overload, nursing training, ratios and shifts, continued medical care, care for the medical conditions of surgical patients, failures in the emergency response, non-compliance with procedures or over-occupancy of hospital beds. It is necessary that healthcare managers change their approach to these factors to reduce the impact of patient safety problems.

Keywords: *patient safety/ patient safety culture/ adverse events/ leadership/ healthcare management.*

Artículo recibido: 16 octubre 2019; **aceptado:** 10 febrero 2020.

DAÑO A LOS PACIENTES

La mayoría de los artículos referidos a la seguridad del paciente empiezan citando las fuentes ya clásicas como *To Err is human*¹, o los estudios ENEAS² y APEAS³, etc. Dichos trabajos arrojan cifras entre el 3% y el 9,3% de pacientes

hospitalizados que sufren daños relacionados con la atención sanitaria, los denominados *eventos adversos* según la taxonomía de la Organización Mundial de la Salud⁴. Pero trabajos más recientes, realizados utilizando la herramienta Global Trigger Tool -desarrollada por el Institute for Healthcare Improvement⁵, muestran prevalencias de eventos adversos de alrededor del 37% en pacientes quirúrgicos⁶ y del 35% en pacientes hospitalizados⁷. La magnitud del problema es, por tanto, elevada.

En los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ se plantea la seguridad del paciente como uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados. Como ello se lleva proponiendo hace muchos años, las autoridades sanitarias (OMS, Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud) han incorporado en sus agendas planes y estrategias de seguridad del paciente que, en muchos casos, han proporcionado a los centros sanitarios herramientas válidas para gestionar algunos aspectos relevantes de la seguridad del paciente. Son los programas de higiene de manos, listados de verificación de cirugía segura, estrategias para la reducción de las caídas de pacientes, de los errores de medicación, de las lesiones por presión, programas Zero para la reducción de las infecciones nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos o en cirugía, por citar ejemplos destacados. Sin embargo, los profesionales, que estamos directamente implicados en la seguridad del paciente y vemos la realidad de los hospitales, tenemos la sensación de que solamente estamos detectando la famosa ‘punta del iceberg’ de los eventos adversos. Y que, con nuestras actuaciones, únicamente estamos poniendo parches a un problema que tiene unas profundas raíces en los modelos organizativos de los hospitales.

En este artículo se analiza cuáles son aquellos factores presentes en las organizaciones sanitarias (básicamente en hospitales de agudos, aunque muchos son extrapolables a otros niveles asistenciales) que no causan directamente daño a los pacientes, pero que sin embargo contribuyen de manera significativa a que los

profesionales trabajen de manera insegura y cometan errores. Para ello me basaré en la experiencia de más de 12 años investigando incidentes de seguridad del paciente mediante la técnica del análisis de la causa raíz⁹, metodología estructurada y sistemática que profundiza en la causalidad de los eventos adversos, llegando a las causas raíz de los mismos. Es sobre estas causas que hay que actuar para prevenir, de manera efectiva, la aparición de nuevos eventos adversos.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN DAÑOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA?

James Reason, profesor emérito del departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, estudió por qué se producen errores humanos, ya sea en la aviación (sector en el que realizó muchas de sus investigaciones) o en los hospitales¹⁰. Según Reason, para que se produzca un daño a un paciente, en primer lugar, se producen una serie de decisiones directivas y de organización. Éstas, normalmente, se toman en puestos alejados de los puntos donde se prestan los servicios sanitarios. Implican a los circuitos de trabajo, los sistemas información, las ratios de personal, las cargas de trabajo, los mecanismos de incorporación de nuevos profesionales, la reposición de equipamientos y un largo etcétera.

A continuación, existen en los lugares de trabajo determinadas condiciones de trabajo como la fatiga de los profesionales, la sobrecarga de trabajo, los equipamientos que no funcionan correctamente, los problemas de comunicación entre los miembros de los equipos, el incumplimiento de los protocolos asistenciales o la inexperiencia. Todo ello se considera como 'condiciones latentes' del sistema sanitario.

Finalmente (y generalmente como consecuencia de ello) se produce un error humano o acción insegura, que consiste en una acción u omisión cometida por los profesionales que están en contacto con los pacientes, y que precipita el daño a los mismos (Figura 1). Así, en una perspectiva sistémica, los errores no son considerados

como causas sino como consecuencias, teniendo sus orígenes no en una supuesta perversidad humana sino en factores organizacionales preexistentes. No podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones bajo las que trabajan los humanos. Esto último es una buena noticia: podemos y debemos actuar haciendo cambios en las organizaciones sanitarias.

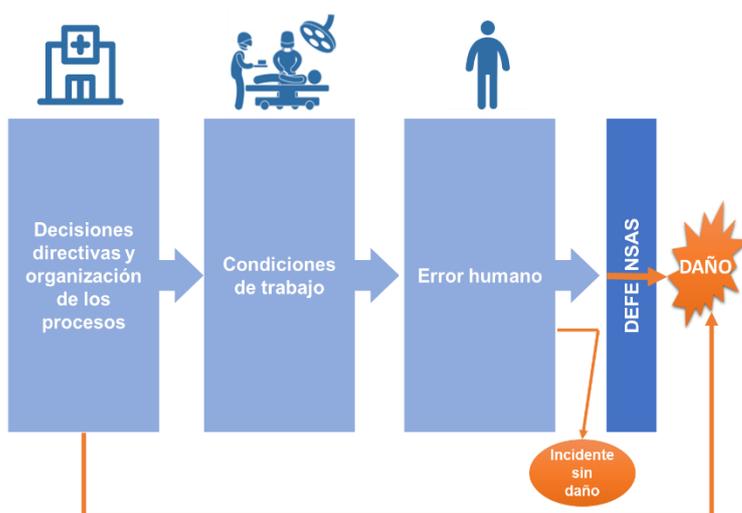


Figura 1. Mecanismo de producción de daños a los pacientes. Adaptado de Reason¹⁰

Nuestras organizaciones sanitarias, lejos de ser entornos completamente seguros, se asemejan a una serie de capas de queso suizo con agujeros. Cada capa sería una de las defensas del sistema, que pueden ser: medidas de diseño (alarmas, barreras físicas, paradas automáticas), medidas que recaen en las personas (cirujanos, anestesistas, enfermeras) y otras que dependen de los procedimientos y controles administrativos. Estas capas no son sólidas y, además, son móviles. Cuando los agujeros se alinean, permiten la trayectoria hacia el daño al paciente (Figura 2)

En nuestra experiencia, cuando estudiamos un evento adverso siempre encontramos, para asombro de los profesionales involucrados en los análisis, que 'han fallado muchas de las cosas que habitualmente no fallan'. Se produce una

combinación de fallos del sistema y de errores humanos, posibilitando así que un riesgo potencial se materialice en un daño al paciente. A través del análisis de las causas raíz de los eventos adversos o daños a pacientes, se detectan la mayoría de las condiciones latentes presentes en las organizaciones, que están en la base de los problemas de seguridad del paciente.

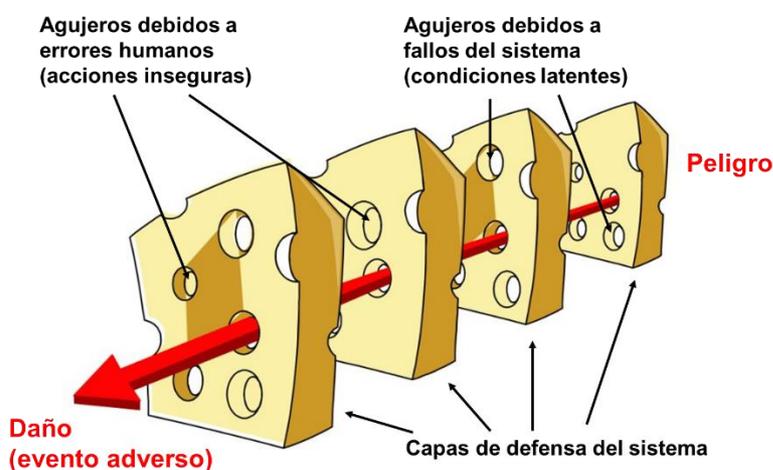


Figura 2. El modelo del queso suizo

¿CÓMO ESTAMOS ABORDANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Las propuestas de actuación frente al problema de la seguridad del paciente desde las instancias administrativas y organizaciones sanitarias son, en la mayoría de los casos, las siguientes:

- Implantar un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente que permita, a cualquier profesional, de manera voluntaria y anónima, si lo desea, notificar incidentes.
- Evaluar los riesgos para la seguridad del paciente presentes en las diversas áreas del centro, a través de la elaboración de mapas de riesgos, utilizando metodologías estandarizadas como el análisis de modos de fallo y efectos (AMFE¹¹).

- Constituir unidades funcionales, o núcleos de seguridad del paciente, destinados a investigar y analizar los incidentes y eventos adversos detectados. Deben estar constituidos por profesionales con formación, dedicación y medios adecuados.
- Analizar los incidentes y eventos adversos con una metodología estandarizada como el análisis de la causa raíz (ACR) definida según el protocolo de Londres. Con intención no punitiva, sino enfocada hacia el aprendizaje y la mejora organizacional. Difundir entre los profesionales las medidas correctoras que se implantan a partir de los incidentes notificados, para estimular la notificación.
- Implantar aquellas prácticas seguras que han probado su efectividad en la reducción de los daños a los pacientes: listados de verificación (por ejemplo, el de cirugía segura), prevención de caídas, de infecciones relacionadas con la asistencia, higiene de manos, seguridad en el uso de medicamentos, seguridad transfusional, etc.
- Fomentar una cultura de seguridad del paciente: ésta es una competencia de la alta dirección que se puede ejercer potenciando la formación en seguridad del paciente de los profesionales, mandos intermedios y directivos, así como de la implicación y ejemplaridad de los directivos y mandos. Para ello, son útiles herramientas como las rondas de seguridad, en que los directivos visitan las áreas de trabajo para observar las prácticas seguras y hablar con los profesionales sobre aspectos de seguridad del paciente.
- Disponer de un cuadro de mando con indicadores de seguridad del paciente que permita hacer un seguimiento a varios niveles (directivo, de mandos intermedios y profesionales).
- Poner en marcha procedimientos para gestionar eventos adversos graves e inesperados, incluyendo programas de apoyo a los profesionales (segundas víctimas).

- Realizar sesiones de morbilidad en los servicios médicos, destinadas a evaluar las muertes y las complicaciones, y así poder proponer acciones de mejora.
- Implantar programas de *feedback* de los errores médicos en los servicios, con el fin de proporcionar un aprendizaje a partir de los errores diagnósticos y terapéuticos.

Todas estas actuaciones son necesarias. La mayoría han demostrado su efectividad en numerosos trabajos publicados y, por tanto, estas actuaciones deben continuar realizándose. Incrementando incluso los medios que se destinan actualmente. Muchos responsables de seguridad del paciente están motivados, pero lo cierto es que cuentan con muy pocos medios humanos y materiales, escaso o nulo apoyo por parte de sus directivos y, además, están cansados de luchar contracorriente en sus organizaciones.

¿HAY ALGO MÁS?

Cuando en una organización sanitaria, en concreto un hospital, se han puesto en marcha todas estas iniciativas y (durante un período de tiempo razonable y con herramientas sistemáticas) se han ido analizando los daños de los pacientes, se aprende que existen una serie de factores presentes en la génesis de la mayoría de los eventos adversos, que están totalmente aceptados por gestores y profesionales que forman parte de la organización, incorporados a los marcos mentales de todos los trabajadores sanitarios. Además, son costosos de resolver, pues requieren de mejora de procesos de trabajo y recursos. Aunque esta última afirmación es relativa: desafortunadamente, en los hospitales no disponemos de herramientas para calcular los costes de la no-seguridad. Si pudiéramos hacerlo, veríamos cuán coste-eficiente sería la resolución de estas situaciones de base. Existen datos muy significativos provenientes de una exhaustiva revisión publicada por el Ministerio de Sanidad

español¹². Una bacteriemia nosocomial tenía, en 2005, un coste medio de 37.398 euros, una dehiscencia de herida 23.230 euros, un neumotórax iatrogénico 9.973 euros, una neumonía asociada a ventilación mecánica entre 9.633 y 15.293 euros, una infección nosocomial del tracto urinario entre 930 y 972 y un evento adverso relacionado con la medicación entre 3.315 y 5.584 euros. A pesar del sufrimiento humano que está detrás de todos estos eventos adversos, y de los importantísimos costes para el sistema sanitario, no suelen estar en las agendas de los gestores sanitarios, o están con una muy baja prioridad en relación con otros objetivos como el cumplimiento de la actividad pactada y del presupuesto asignado.

¿CUÁLES SON ESTAS CONDICIONES LATENTES DE LAS ORGANIZACIONES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS?

El análisis de los eventos adversos detecta como causas raíz, con una amplia evidencia al respecto, los siguientes factores organizativos:

1. Problemas de comunicación entre los miembros de los equipos

Éste es el factor contribuyente que se encuentra con más frecuencia en los análisis. En el día a día de los profesionales de la salud existen barreras para la efectiva comunicación entre ellos. Pensemos, por ejemplo, en el trabajo en las unidades de hospitalización. Médicos y enfermeras ya no suelen realizar el pase conjunto de visita a los pacientes ingresados y se comunican muchas veces a través de los sistemas informáticos, anotaciones en la historia clínica electrónica, registros de enfermería, programas de prescripción y registro de la administración electrónicos, etc. Además, las comunicaciones no planificadas y estructuradas generan gran cantidad de interrupciones en el trabajo, como por ejemplo durante la administración de medicación por parte de las enfermeras, con el riesgo de errores que ello comporta.

En muchos eventos adversos observamos cómo los registros clínicos pueden ser incompletos o inexactos, por ejemplo, cuando otro especialista visita un paciente, a petición de su médico responsable, y no lo registra en su historia clínica. O un registro incompleto de constantes vitales por parte de una enfermera.

También detectamos deficiencias en la comunicación entre turnos de trabajo (por ejemplo, entre turnos de enfermería en las unidades de hospitalización, en urgencias, en unidades de críticos). Por motivos económicos, muchos hospitales no contemplan un tiempo de solapamiento entre turnos, lo que permitiría a los profesionales dedicar unos momentos preciosos a compartir informaciones relevantes para los cuidados y la seguridad de los pacientes.

Son frecuentes las dificultades de comunicación entre diferentes unidades del hospital, por ejemplo, en el momento de transferencia de pacientes desde urgencias, o de unidades de críticos, a unidades de hospitalización. La comunicación entre los anestesiólogos y enfermeras de los quirófanos con los de las unidades de reanimación postquirúrgica o de hospitalización convencional es claramente mejorable en muchos centros, lo que supone a veces se produce la complicación innecesaria de cirugías que han sido exitosas en dichas unidades.

Otro ejemplo serían las dificultades, que se experimentan en muchos bloques quirúrgicos para implantar correctamente el listado de verificación de cirugía segura propugnado por la OMS. Se observa frecuentemente que los profesionales lo ven como un tedioso trámite impuesto desde los departamentos de calidad de los hospitales y lo han desvirtuado. Los problemas de comunicación en los equipos quirúrgicos pueden llevar a daños como la cirugía errónea (en el paciente erróneo, el lado o el nivel erróneos), los derivados de la falta de material quirúrgico, de la pérdida de muestras quirúrgicas o de unos cuidados postoperatorios inadecuados¹³.

En general, la atención en los hospitales ha evolucionado en los últimos años hacia una medicina fragmentada¹⁴, donde diversos profesionales ven

únicamente una parte de las dolencias de cada paciente y no se comunican adecuadamente entre ellos. Ello, unido al aumento de la complejidad, la comorbilidad, la cronicidad y la fragilidad de los pacientes, conlleva riesgos estructurales para la seguridad del paciente.

2. Sobrecarga de trabajo

La sobrecarga de trabajo puede ser puntual o estructural en todo un hospital o en algunas áreas determinadas (urgencias, hospitales de día, unidades de hospitalización), en ocasiones como consecuencia de plantillas infradimensionadas respecto a las cargas de trabajo. Es muy típico el caso de hospitales que, habiendo incrementado significativamente la actividad quirúrgica, por ejemplo, hayan aumentado en proporción mucho menor los recursos humanos del área quirúrgica y de esterilización, con lo que sus profesionales están sobrecargados.

No obstante, gran parte de la carga de trabajo se debe a un mal diseño de los procesos de trabajo. Nuestros hospitales funcionan, en la mayoría de los casos, del mismo modo desde hace años, sin que expertos en organización del trabajo hayan analizado y mejorado dichos procesos. Así, se generan múltiples duplicidades e ineficiencias, como por ejemplo: tiempo perdido buscando a profesionales, reclamando resultados de pruebas, tiempo de espera de los pacientes para realizar una exploración complementaria que alarga innecesariamente su estancia, repetición de pruebas, burocracia innecesaria, preoperatorios caducados porque no se ha operado a pacientes en lista de espera o pacientes programados que no pueden ser intervenidos por falta de preoperatorio, y un largo etcétera.

La sobrecarga de trabajo, aparte de los efectos psicosociales sobre la salud laboral de los trabajadores, hace que éstos den menos importancia a los controles, verificaciones y cumplimiento de prácticas seguras, priorizando el

cumplimiento de la actividad asistencial por encima de la seguridad. Por consiguiente, es más fácil que se produzcan interrupciones y distracciones, sin duda condiciones poco favorables para la seguridad del paciente.

El personal de enfermería es el que pasa más tiempo en contacto con el paciente. Todos aquellos factores de organización del trabajo que pueden ocasionar sobrecarga de trabajo o estrés en las enfermeras tendrán un impacto muy directo en la seguridad del paciente. Algunos estudios han encontrado que, por un lado, los turnos de enfermería de 12 horas (muy frecuentes en los hospitales, en especial para cubrir los fines de semana) multiplican por 3 la probabilidad de cometer errores.^{15,16} Y, por otro lado, las ratios de enfermeras por paciente también se ha demostrado que tienen un efecto directo sobre la seguridad del paciente: por cada paciente de más, se incrementa un 7% mortalidad a los 30 días^{17,18}. En diversos hospitales de agudos de Catalunya existen turnos de mañana con ratios de 1/8 hasta 1/14, con una gran variabilidad. El estudio citado muestra ratios de 1/5,2 de media en Noruega. La creciente complejidad, fragilidad y comorbilidad de los pacientes hace necesaria la revisión de las ratios de enfermería en los hospitales.

3. Falta de cumplimiento de protocolos y procedimientos

Los protocolos y procedimientos tienen, entre otras, una función muy importante: estandarizar la práctica asistencial. Deben nacer de la evidencia científica, delimitar muy bien las tareas y las funciones de los diferentes miembros del equipo y proporcionar el estándar de trabajo más adecuado. Pero muy frecuentemente dichos protocolos y procedimientos no existen o, si existen, los profesionales que los deben aplicar no los conocen porque nadie se los ha comunicado, ni se les ha formado para aplicarlos o, directamente, los profesionales a pesar de conocerlos no los aplican. Esto último pasa porque los profesionales, muy especialmente los médicos, no creen en ellos, no se les ha involucrado en su

confección, los consideran una pérdida de tiempo y prefieren su manera de hacer de siempre, y porque tampoco existen incentivos para su cumplimiento ni penalizaciones por su incumplimiento¹⁹. Parece ser que el concepto de estandarización no convive muy bien con el concepto de medicina como arte.

En concreto, determinados protocolos, que son muy transversales a la práctica en las diferentes áreas de hospital, no se cumplen por una parte significativa de los profesionales. Sería el caso de los protocolos de manejo de las glucemias, del dolor, de los estados confusionales, o de la prevención de caídas, la identificación activa de los pacientes o la administración de medicación. Y, a pesar de las campañas sistemáticas, las evaluaciones y la formación continuada, una práctica aparentemente tan sencilla como la higiene de manos persiste con un bajo grado de cumplimiento^{20,21}.

Los hospitales en general emplean muy poco tiempo para la formación de sus profesionales en la utilización de protocolos. La formación es muy costosa, en términos de dedicación horaria de los trabajadores y de los formadores, y no se visualiza como necesaria por parte de muchos gestores. Además, se tiende a considerar que los profesionales, gracias a su formación de base, ya estarán capacitados para aplicar nuevos protocolos.

4. Atención a las condiciones médicas de los pacientes quirúrgicos

La creciente superespecialización de los cirujanos, así como el incremento de la morbilidad y la polimedicación de los pacientes, han conducido a que, en la asistencia a los pacientes, una gran parte de los cirujanos centren su atención principalmente en el objeto de su intervención. Muchos cirujanos desatienden otros aspectos clave para la seguridad del paciente, como la conciliación de medicamentos al ingreso y al alta hospitalaria, la prevención y tratamiento de la infección nosocomial, el control de glucemias o función renal, el manejo de los

estados confusionales y el delirium, lo que denota sin duda una evidente falta de visión holística del paciente.

Existe un vivo debate en los hospitales sobre si los cirujanos, como médicos responsables del paciente, deben ser los que manejen todos los aspectos clínicos del paciente, puesto que han sido formados como médicos, o si, por el contrario, debe haber una cooperación entre servicios médicos y quirúrgicos. En este segundo supuesto, los cirujanos se encargarían de los aspectos directamente relacionados con la intervención quirúrgica, mientras que los especialistas médicos tendrían a su cargo todas las demás variables. La evidencia parece ir más encaminada a lo último. Algunos hospitales están poniendo en marcha unidades de ortogeriatría²² y proyectos de asistencia compartida²³ entre los servicios de medicina interna o geriatría y las especialidades quirúrgicas, con muy buenos resultados.

5. Fallos en la respuesta a la parada cardiorrespiratoria (PCR)

Los pacientes que, después de superar con éxito una cirugía o de ser estabilizados tras un problema médico, pueden sufrir durante su ingreso un deterioro más o menos brusco de su estado de salud que acabe en una PCR. Para prevenirlo, o actuar rápida y eficazmente en caso de que se produzca, los hospitales deben disponer de protocolos de detección precoz de los signos predictivos de paro y de reanimación cardiorrespiratoria. Y, además, se debe proporcionar formación: tanto a los equipos de reanimación cardiorrespiratoria, en la que se ejercite el liderazgo y las funciones de los diferentes miembros, como a los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización para que detecten los signos predictivos de una PCR, proporcionen el soporte vital básico y sepan actuar de apoyo a los equipos de reanimación hospitalarios. Asimismo, todas las áreas donde se atienden pacientes deben de disponer de carros de paro debidamente equipados y revisados de manera constante. Todo ello es costoso y

no todos los hospitales deciden invertir en ello. Organizar, por ejemplo, la formación en soporte vital básico cada 3 años para los equipos de enfermería de un hospital requiere una logística importante, cubrir a los profesionales que están en el curso y pagar a los formadores. Es mucho más fácil pensar que esos profesionales de enfermería ya vienen de la carrera con esta formación y no hacer nada al respecto. Se ha demostrado que el rol de la enfermería en la detección y rápida actuación en casos de PCR en pacientes ingresados es clave para su pronóstico²⁴.

6. Atención médica continuada

El nivel de atención que reciben los pacientes en los hospitales es muy diferente los días laborables de 8 a 17 horas que a partir de las 17 horas o en festivos. Los hospitales reducen sus plantillas, tanto las ratios de enfermería como la presencia médica. De hecho, se estima que mientras un paciente está ingresado la cobertura por el equipo médico habitual es sólo del 27% del tiempo de permanencia en el hospital²⁵. El resto del tiempo, la atención médica está cubierta por los médicos de guardia, profesionales que están trabajando en urgencias y deben abandonar a sus pacientes para acudir a las llamadas de las enfermeras de las unidades de hospitalización. Así, se producen retrasos en la atención y los profesionales de enfermería frecuentemente se sienten desamparados ante el enfermo en turnos de noche o fines de semana. Algunas especialidades tienen guardias no presenciales, con lo que se pueden producir retrasos en la atención médica especializada. O guardias unipersonales, lo cual significa que el especialista, si está atendiendo un quirófano urgente, no puede acudir a la llamada de la enfermería para un paciente de planta.

Está ampliamente descrito el *weekend effect* o efecto fin de semana: los pacientes que son ingresados durante el fin de semana tienen mayor morbimortalidad que el resto²⁶. Estudios recientes muestran que los pacientes

intervenidos de forma programada tienen una probabilidad de morir un 44% superior si la intervención se realiza en viernes, y hasta un 82% si es en sábado o domingo²⁷. A diferencia de los días intersemanales, generalmente los pacientes no son visitados por ningún médico los fines de semana, a no ser que su estado de salud empeore y ello sea detectado por la enfermería, quienes avisan a los médicos de guardia. Se une a ello una menor disponibilidad de servicios diagnósticos y terapéuticos. Ello condiciona las decisiones diagnósticas y terapéuticas de los médicos de guardia y genera demoras en la atención.

7. Formación de los profesionales de enfermería

En 2009 un caso conmocionó la sanidad española: un bebé falleció en la unidad de neonatología de un hospital por un error de administración de la nutrición enteral, que le fue administrada por vía parenteral. En 2012, la enfermera fue juzgada y considerada culpable de un delito de homicidio por imprudencia grave y se le impuso una pena de inhabilitación para el ejercicio de su profesión durante un año y seis meses. Cuando se analiza el caso, entre otros factores contribuyentes, se descubre que la joven enfermera, que no tenía experiencia en neonatología, fue asignada por la supervisora a esa unidad para realizar "una labor de aprendizaje, sin atribución de funciones concretas". Era su primer día en el servicio y estuvo supervisada hasta que las otras enfermeras tuvieron que atender a otro bebé y le solicitaron que administrara la nutrición enteral al bebé. La enfermera confundió la vía, pues previamente había administrado nutriciones por vía parenteral, el color blanco de la solución enteral era similar al de nutriciones parenterales y se podía conectar sin problemas una nutrición enteral a una vía parenteral.

Episodios como éste ponen de relieve la importancia de una correcta asignación de los profesionales, en función de su capacitación, así como su supervisión por personal más experimentado hasta que sepan desempeñar

correctamente las tareas que les son asignadas. A diferencia de otros sectores de riesgo, como por ejemplo la aviación o las centrales nucleares, en que se asigna a los trabajadores a los puestos de trabajo cuando están totalmente capacitados para realizar las funciones de su puesto, en los hospitales es frecuente poner a profesionales inexpertos en primera línea asistencial sin una correcta capacitación, sin haber recibido formación sobre los sistemas de información, las prácticas seguras o el funcionamiento de los equipos que van a utilizar. Ello les genera un importante estrés. Van aprendiendo sobre la marcha y en muchas ocasiones gracias a sus compañeros que les van instruyendo. La supervisión y formación en el puesto de trabajo por parte de compañeros más experimentados puede suponer un estrés y una sobrecarga de trabajo para estos últimos que, a su vez, pueden favorecer los errores.

En los hospitales docentes, es necesario que los docentes de enfermería tengan un conocimiento de los niveles de atribuciones de los estudiantes en formación y de los objetivos docentes de cada año, para que no les sean asignadas tareas para las cuales aún no están capacitados. Asimismo, la organización debe prever, dentro de su horario de trabajo, el tiempo necesario para una correcta supervisión.

La mayoría de los hospitales disponen de las denominadas enfermeras 'corretornos': profesionales no asignados a un área específica, sino que prestan sus servicios a diferentes unidades según las necesidades de las mismas, en función de la cobertura de bajas laborales o picos de actividad. La existencia de estas figuras es necesaria para las políticas de polivalencia en la gestión de profesionales y la cobertura de los puestos de enfermería, pero debería priorizarse la estabilidad de los equipos y su especialización en los cuidados de cada área específica.

En períodos de verano se incorporan numerosos profesionales de enfermería para substituir las vacaciones del personal habitual. Son más

frecuentes los errores en estos profesionales noveles^{18,28}. Cuando se estudia la incidencia de las infecciones nosocomiales o la contaminación de las muestras microbiológicas en los hospitales, se observa un incremento de las mismas en los períodos de verano, muy probablemente relacionado con las prácticas inseguras de estos profesionales de enfermería más inexpertos.

8. Supervisión y responsabilidad progresiva de los médicos en formación

Los hospitales docentes tienen un rol clave en la formación de los médicos. Actualmente, la formación y capacitación de los médicos no se concibe sin su paso por los hospitales, pero ello no debería suponer una merma en la seguridad del paciente. Es imprescindible pues que los tutores de la formación sanitaria especializada conozcan y apliquen los protocolos de supervisión y responsabilidad progresiva de los residentes. La capacitación y, por tanto, la responsabilidad de los residentes se va incrementando durante la residencia, al mismo tiempo que decrece la necesidad de supervisión por parte de tutores, médicos adjuntos y residentes seniors. Esto es particularmente sensible en el área de urgencias, donde en algunos eventos adversos analizados se detectan residentes insuficientemente supervisados, con poco apoyo por parte de los médicos de plantilla y asumiendo responsabilidades que no les competen por su nivel de formación.

9. Alto índice de ocupación de camas hospitalarias

En los últimos años hemos asistido a un progresivo cierre de camas hospitalarias con el objetivo del ahorro económico. Se ha potenciado alternativas al ingreso hospitalario, como los hospitales de día o la hospitalización a domicilio. No obstante, las enfermedades crónicas suponen un reto para los sistemas sanitarios y las agudizaciones requieren ingresos en centros de agudos, si no existen alternativas para su atención. Ello sitúa las ocupaciones por encima del

98%, para optimizar recursos, lo que supone una sobrecarga asistencial. La consecuencia es que los profesionales de primera línea asistencial están más estresados y son más proclives a cometer errores. Algunos estudios han determinado que, por encima de una ocupación del 92,5%, se produce un incremento de la mortalidad^{25,29}

Una de las consecuencias de la alta ocupación es que puede generar gran número de cambios de cama de los pacientes durante su estancia hospitalaria, con los riesgos que puede comportar: errores diagnósticos y terapéuticos asociados a errores de identificación, en especial si no se realiza una buena identificación activa de pacientes.

Otra consecuencia es el gran número de pacientes ‘ectópicos’, es decir, aquéllos que se encuentran ingresados en unidades de una especialidad distinta a la que le atiende. Se ha detectado mayor mortalidad en los pacientes ectópicos³⁰ y los profesionales perciben la existencia de estos pacientes como un factor de riesgo para su seguridad. Ello tiene que ver en gran parte con la especialización del personal enfermería: un paciente quirúrgico atendido en una unidad de medicina interna será atendido por un equipo de enfermería menos especializado en las curas quirúrgicas, en la medicación habitual en ese tipo de pacientes, la detección y manejo de las posibles complicaciones, etc. También está relacionado con el desplazamiento de los médicos desde su planta habitual a otras, los problemas de comunicación con equipos no habituales, los entornos no apropiados para los pacientes y la desorientación de los pacientes trasladados³¹.

CONCLUSIONES

Si bien se ha avanzado mucho en la seguridad del paciente en los últimos años, con la creación de unidades funcionales y la implantación de prácticas seguras en los hospitales, es necesario volver la vista hacia las causas raíz de los problemas

de la seguridad del paciente. Hasta que no abordemos las condiciones latentes en el sistema, con la complejidad y la inversión económica que ello supone, seguiremos teniendo altas cifras de eventos adversos o iatrogenia en nuestros sistemas sanitarios. Reason propone un símil muy adecuado: imaginemos que sufrimos una plaga de mosquitos. Podemos intentar eliminarlos matándolos uno a uno, pero se seguirán reproduciendo hasta que no drenemos las charcas donde se multiplican. Los errores humanos serían los mosquitos, mientras que en las charcas encontraríamos las condiciones latentes que originan los problemas de seguridad del paciente. Con este nuevo enfoque, los gestores tienen que dejar de ver la seguridad del paciente como algo que se trabaja desde los departamentos de calidad, asumir la existencia de factores organizacionales originados en gran parte por las decisiones directivas y ejercer un liderazgo potente para evitar futuros daños a los pacientes en sus organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn, LT, Corrigan J, & Donaldson MS. (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press.
2. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS. Ministerio de Sanidad. Madrid 2005 [consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
3. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) Ministerio de Sanidad. Madrid 2008 [consultado octubre 2019]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud, Geneva 2009 [consultado octubre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. Hibbert PD, Molloy CJ, Hooper TD, Wiles LK, Runciman WB, Lachman P, Muething SE, Braithwaite J. The application of the Global Trigger Tool: a systematic review. Int J Qual Health Care. 2016;28:640-649. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw115>

6. Pérez Zapata AI., Gutiérrez Samaniego M., Rodríguez Cuéllar E., Andrés Esteban EM., Gómez de la Cámara A., Ruiz López P. Detección de efectos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología «Trigger Tool». Cir Esp.2015;93:84–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.08.007>
7. Guzmán-Ruiza O., Ruiz-López P., Gómez-Cámara A., Ramírez-Martín M. Detección de eventos adversos en pacientes adultos hospitalizados mediante el método Global TriggerTool. Rev Calid Asist. 2015;30:166-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.03.003>
8. Consejo Ejecutivo, 144. (2018). Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente: informe del Director General. Organización Mundial de la Salud. Geneve 2018 [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327527>.
9. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents. The London protocol [Consultado octubre 2019]. London, 2004 Disponible en: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf
10. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320:768–70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>
11. Govindarajan R, Molero J, Tuset V, Arellano A, et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. Rev Calidad Asistencial. 2007;22:299-309. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71238-1](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71238-1)
12. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008 [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
13. Haynes, AB. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
14. Stange, KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med. 2009; 7: 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.971>
15. Varela J. Unidades de hospitalización (1): enfermeras y seguridad clínica. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/11/unidades-de-hospitalizacion-1.html>

16. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff.* 2004;23:202-212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>.
17. Varela J. Enfermeras: (+) formación (-) cargas de trabajo = (-) mortalidad. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/04/enfermeras-formacion-cargas-mortalidad.html>
18. Aiken, Linda H et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383:1824 – 1830 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
19. Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225–30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
20. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, van Beeck EF. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31:283-94. <https://doi.org/10.1086/650451>
21. Al-Tawfiq JA, Pittet D. Improving hand hygiene compliance in healthcare settings using behavior change theories: reflections. *Teach Learn Med.* 2013;25:374-82. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.827575>.
22. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil P, Gotor Pérez P, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:239-51. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71189-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71189-2).
23. Montero Ruiz E. Asistencia compartida (comanagement). *Rev Clin Esp.* 2016;216:27-33. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.05.006>
24. Odell M, Victor C, Oliver D. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *J Adv Nurs.* 2009;65:1992-2006. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05109.x>
25. Varela J. Unidades de hospitalización (2): ocupación, fines de semana y Seguridad. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/12/unidades-de-hospitalizacion-2-ocupacion.html>

26. Lilford RJ, Chen YF. The ubiquitous weekend effect: moving past proving it exists to clarifying what causes it. *BMJ Qual Saf* 2015;24:480–482. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004360>.
27. Aylin P, Alexandrescu R, Jen M H, Mayer E K, Bottle A. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ* 2013; 346 :2424. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2424>.
28. Westbrook J, Rob M, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. *BMJ Qual Saf* 2011;20:1027e1034. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000089>.
29. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals. *Management Science* 2015; 61: 754-771. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2014.1917>
30. Cabrera Torres E, García Iglesias MA, Santos Jiménez MT, González Hierro M, Diego Domínguez ML. Los ingresos ectópicos y su relación con la aparición de complicaciones y estancias prolongadas. *Gac Sanit.* 2019;33(1):32-37. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.012>.
31. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Qual Saf.* 2012. 218-224. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000280>.

Mònica Ballester Roca

Directora de Calidad, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Instituto Catalán de la Salud.

mballesterr.germanstrias@gencat.cat

Cómo citar este artículo:

Ballester Roca, M., “¿Estamos abordando el problema de la seguridad del paciente en los hospitales desde la perspectiva correcta?”, *Folia Humanística*, 2020; 1(2):1-22. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0060>.

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.