

La seguridad en los servicios de urgencias

JOAQUÍN BAÑERES

Instituto Universitario Avedis Donabedian. Barcelona, España.

Aunque sea aparentemente evidente, es importante recordar que la atención sanitaria es una actividad compleja, con muchos riesgos y en la que los errores son frecuentes. Muchos profesionales son conscientes de ello, pero quizá no se ha incorporado todavía a la práctica clínica y organizativa habitual la estrategia de disminución de los riesgos como algo consistente y rutinario. La inclusión en la agenda de los profesionales de la preocupación por la seguridad de los pacientes y su gestión operativa son actividades de actualidad en las que se están involucrando progresivamente muchas organizaciones de forma activa.

Los estudios que nos recuerdan la magnitud del problema son numerosos¹⁻⁵ y las estimaciones en términos de mortalidad y morbilidad que pueden producir los problemas de seguridad han sido ampliamente discutidas en los últimos diez años^{6,7}. Llama la atención de forma especial que la mayoría de los estudios coinciden en identificar que alrededor de un 50% de los eventos adversos (EA) que se producen como consecuencia de la acción sanitaria tienen un potencial de ser prevenidos elevado o muy elevado. Este es el dato que nos permite tener una actitud positiva y necesariamente activa para que el daño que sea evitable logremos evitarlo.

La génesis de los eventos adversos evitables en muchas ocasiones se puede atribuir a factores relacionados con el sistema, un sistema no suficientemente robusto. Esta afirmación es uno de los pilares del enfoque actual sobre la seguridad de los pacientes. En la mayor parte de las ocasiones, los fallos en el sistema producen EA y no deberían atribuirse de forma simplista a la ineptitud individual. El enfoque tradicional asume que un profesional bien formado y consciente no comete errores. Esta forma de pensar tradicional iguala al error con la incompetencia y contempla la punición como la forma efectiva de motivar a los profesionales para ser más cuidadosos. El uso de este tipo de culpabilización tiene efectos tóxicos. De

esta manera, los trabajadores difícilmente comunicarán o comentarán los errores, lo que hace casi imposible aprender de los mismos.

Si, en términos generales, la seguridad de los pacientes es un asunto de destacable importancia, en el ámbito de los servicios de urgencias adquiere una relevancia especial. En el estudio de *Harvard Medical Practice*¹, se observó que los eventos adversos aparecidos en urgencias tenían un mayor grado de evitabilidad que en otras áreas del hospital, más del 70% de los detectados eran prevenibles. La medicina de urgencias muchas veces implica la evaluación y el tratamiento de forma simultánea de múltiples pacientes con un amplio rango de condiciones y formas de presentación que frecuentemente deben ser evaluadas con escasa información clínica y recursos limitados. En urgencias, además, nos encontramos con unas circunstancias que hacen aumentar los riesgos, lo que hace que nos preguntemos: ¿los servicios de urgencias tienen una especial predisposición para el error?⁸.

Hay algunos factores intrínsecos y otros estructurales que nos hacen pensar que la pregunta tiene una respuesta afirmativa. En muchas ocasiones los servicios de urgencias se caracterizan por tener un nivel de complejidad y de intensidad de las actividades que se puede agravar por situaciones como las siguientes: naturaleza multitarea del trabajo, distracciones frecuentes, cambios de turno y múltiples transiciones en la atención, alta exposición a la toma de decisiones, existencia de problemas poco diferenciados de diversa gravedad, aparición de fatiga y falta de *feed-back* que en muchas ocasiones no permite hacer evidente los errores, entre otros elementos de carácter intrínseco a las características del servicio. Desde un punto de vista más estructural nos podemos encontrar por ejemplo con masificación, falta de personal o su excesiva rotación, una supervisión insuficiente e inexperiencia de algunos profesionales. Todo ello hace que, como se comentaba antes, pen-

CORRESPONDENCIA: Dr. Joaquín Bañeres. Instituto Universitario Avedis Donabedian. Provenza, 293, pral. 08037 Barcelona, España.
E-mail: jbaneres@jadq.org

FECHA DE RECEPCIÓN: 15-2-2010. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 22-2-2010.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

semos que la probabilidad de aparición del error sea incluso superior que en otros servicios. En múltiples hospitales se está trabajando para gestionar adecuadamente los riesgos descritos y tratar de disminuir los problemas relacionados con la seguridad del paciente. Precisamente en este número de EMERGENCIAS se presenta un interesante trabajo realizado por Tomás et al.⁹ sobre un programa de intervención farmacéutica para mejorar la seguridad del paciente. Cuando se estudia la aparición de EA se observa que la utilización de la medicación ocupa un lugar preeminente entre los aspectos más problemáticos. Se trata de un proceso transversal por excelencia, implica a muchos profesionales, afecta a la mayoría de los pacientes en el ámbito hospitalario y en muchas ocasiones es de alto riesgo.

De todos es conocida la importante brecha que tenemos en nuestra atención sanitaria actual en relación a la denominada medicación habitual que toman los pacientes. Los que acuden a urgencias y los que ingresan en el hospital pueden recibir medicación inadecuada o dejar de recibir medicación por la falta de una adecuada conciliación entre la medicación habitual y la que se prescribe en el hospital. En el trabajo citado⁹ se propone la intervención de un farmacéutico que pueda revisar y conciliar conjuntamente con el médico dicha medicación.

Ya se han dado pasos en muchos hospitales en relación a la seguridad de la medicación y en la participación del farmacéutico clínico como eslabón de una cadena que añade valor a la seguridad del paciente. Un ejemplo muy importante es la validación que hace el farmacéutico de las prescripciones que se realizan en las áreas de hospitalización. Probablemente todavía falta camino por recorrer en algunos turnos de noche o en los fines de semana, momentos en los que la probabilidad que se produzca la validación disminuye en muchos centros. Juntamente con la prescripción electrónica, cuya efectividad en la reducción de errores está ampliamente reconocida, la validación es un paso muy destacado para una medicación más segura.

La conciliación de la medicación es otro de los pasos de gran trascendencia para evitar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Las intervenciones que hace el farmacéutico hospitalario son un paso más a dar en nuestra carrera por la seguridad de la medicación. Conseguir, como se comentaba antes, un sistema más robusto. La propuesta del trabajo de Tomás⁹ es una de las que se tendrá que tener en cuenta en el futuro. Tiene las limitaciones que los autores comentan sobre la imposibilidad de la universalización del programa para

todos los pacientes durante las 24 horas. Y es pronto para saber si su implantación es generalizable a otros servicios y con la misma fórmula organizativa. Sin embargo, se observa una capacidad de detección y resolución de los PRM alentadora.

Hace quince años, cuando empezábamos a evaluar hospitales, era muy infrecuente que se realizara una validación sistemática por el farmacéutico de todas las prescripciones. Incluso cuando lo preguntábamos, sonaba un poco raro. En el caso de la conciliación de la medicación en urgencias y en hospitalización, esperemos que este tipo de soluciones vayan implantándose progresivamente y, si es posible, con mayor celeridad.

El potencial del farmacéutico en los servicios de urgencias ha sido infraestimado¹⁰ y, en ocasiones, no se ha considerado como parte del equipo de urgencias¹¹. Sin embargo, existen servicios de urgencias con programas de atención farmacéutica que han observado un ahorro en sus costes¹² y una percepción entre médicos y farmacéuticos de que la calidad y la seguridad de la medicación mejoran con estas medidas. Sirvan estos datos y el artículo comentado como estímulo para reconsiderar esos puntos de vista.

Bibliografía

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324:370-6.
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust.* 1995;163:458-71.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38:261-71.
- Zegers M, De Bruijne MC, Wagner C, Hoonhout LHF, Waaijman R, Smits M, et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care.* 2009;18:297-302.
- Estudio nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005, Informe Febrero 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human. Building a Safer Health System.* Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
- Leape LL, Berwick DM. Five years after to err is human: What have we learned? *J Am Med Assoc.* 2005;293:2384-90.
- Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine: A practice prone to error? *CJEM.* 2001;3:271-6.
- Tomás S, García L, Pascual B, Riera I. Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente. *Emergencias.* 2010;22:85-90.
- Szczeszul JM, Hildebrand JM, Clark L, Hays DP, Kolstee KE, Shah MN, et al. Use of Clinical Pharmacists in Academic EDs is Limited (abstract). *Acad Emerg Med.* 2007;14(Supl.):S87-88.
- Risser DT, Rice MM, Salisbury ML, Simon R, Jay GD, Berns SD. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. The MedTeams Research Consortium. *Am Emerg Med.* 1999;34:373-83.
- Lada P, Delgado G. Documentation of Pharmacists' Interventions in an Emergency Department and Associated Cost Avoidance. *Am J Health-Syst Pharm.* 2007;64:1.