

Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria

Luis Rosado-Bretón^a y José Martínez-Soriano^b

^aDirector Gerente. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

^bDirector Médico. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Correspondencia: Dr. Luis Rosado Bretón.
Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant.
Ctra. Alicante-Valencia, s/n. 03550 Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.
Correo electrónico: rosado_lui@gva.es

Resumen

Los efectos o acontecimientos adversos (EA) son en parte evitables. Sólo un reconocimiento de sus posibles causas permite adoptar estrategias eficaces en su disminución.

Entre las causas de los EA están la complejidad de los procesos asistenciales, la evolución de la tecnología en lo referente a métodos de diagnóstico y tratamiento, las dificultades en la declaración de casos y una merma en las políticas de gestión orientadas a la seguridad.

Se propone que la mesogestión (entendida como eslabón intermedio entre las políticas sanitarias y la gestión clínica) establezca medidas orientadas a la disminución de los EA mediante: la orientación de la organización a los procesos y más concretamente al paciente, las mejoras en los sistemas de información vertical y transversal, el apoyo del principio de autonomía del paciente reconocido en la Ley, la activación de mecanismos de seguridad y la búsqueda de soluciones en la poco explotada relación entre el mundo sanitario y el mundo jurídico.

Palabras clave: Efectos adversos. Seguridad del paciente. Gestión hospitalaria.

Introducción

La asistencia sanitaria en cualquier dimensión supone una práctica de riesgo, sobre todo en lo relativo a la atención hospitalaria, dadas la complejidad y las múltiples intervenciones que los procesos asistenciales tienen, incluso los más simples y repetitivos.

Efectos adversos

Los efectos o acontecimientos adversos (EA) se definen como los daños, lesiones o complicaciones que acontecen durante el proceso asistencial y, al no estar directamente producidos por la enfermedad o proceso nosológico en sí, se puede considerar motivados por el propio sistema sanitario, ya sea por acción u omisión^{1,2}.

Las implicaciones que tienen los EA en los resultados asistenciales pueden afectar al paciente y su entorno, a los profesionales, al centro sanitario y al mismo sistema de salud: a) en muchos casos suponen la aparición de resultados peores que los esperados, que derivan en secuelas temporales o permanentes, e incluso fatales, en un no despreciable porcentaje

Abstract

Adverse effects or events (AE) are partly avoidable. Only identification of their possible causes can allow effective strategies to be adopted to reduce them.

Among these causes are the complexity of the healthcare processes, the development of technology for methods of diagnosis and treatment, difficulties in the reporting of cases, and the reduction in safety-oriented management policies.

We propose that meso-management (defined as an intermediate link between health policy and clinical management) should establish measures aimed at decreasing AE through: orienting the organization to processes and more specifically to the patient, improving vertical and transversal information systems, supporting the principle of patient autonomy, which is recognized by law, activating safety mechanisms, and searching for solutions in the little exploited relationship between the health sector and the legal world.

Key words: Adverse events. Patient safety. Hospital administration.

de casos²; b) suponen un retraso de la resolución de casos, cuando no la modificación del diagnóstico y su tratamiento que produce una pérdida de la eficiencia, manifestada en aumento de la estancia media y los costes³; c) empeoran la percepción de la calidad de la asistencia de los centros sanitarios, lo que afecta a su posición, prestigio y competitividad⁴; d) influyen en la disminución de la motivación de los profesionales y en la aparición de prácticas defensivas, muchas veces incompatibles con la buena práctica médica⁵, y e) favorecen la pérdida de confianza en el sistema sanitario entre los usuarios y un cambio en las expectativas de la sociedad respecto a uno de los pilares básicos del Estado de bienestar.

Su magnitud es variable según el tipo de evaluación realizada y el concepto, más o menos amplio, que se utilice para definir los EA. Su incidencia puede oscilar entre el 2,9 y el 16,6%, si bien hay que entender que las características de las muestras y los criterios de evaluación de EA no son iguales en todos los estudios analizados^{2,6-9}. A modo de ejemplo, cuando tomamos una muestra de pacientes hospitalizados quirúrgicos o sometidos a técnicas invasivas, los riesgos suelen ser más elevados que entre los pacientes médicos, ya que a los riesgos comunes, como los derivados del uso de fármacos, añadimos el de la propia cirugía.

18. Gostin L. A public health approach to reducing error. *JAMA*. 2000;283:1742-3.
19. US Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and evaluation. Confronting the new health care crisis: improving healthcare quality and lowering costs by fixing our medical liability system 2002 [citado 2 Abr 2004]. Disponible en: <http://www.aspe.hhs.gov/daltcp/reports/litrefm.htm>
20. Wears RL. The science of safety. En: Zipperer L, Cushman S, editors. *Lessons in patient safety*. Chicago: National Patient Safety Foundation; 2001. p. 73-80.
21. Department of Health. NHS. An organization with a memory: report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS. London: National Health Service; 2000.
22. Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, et al. An alternative strategy for studying adverse events in medical care. *Lancet*. 1997;349:309-13.
23. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Barihi Y, Biesky M, Sprung CL, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 1995;23:294-300.
24. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care*. 2003;15:509-21.
25. Wilson DG, McCartney RG, Newcombe RG, McCartney RJ, Gracie J, Kirk CR, et al. Medication errors in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Pediatr*. 1998;157:769-74.
26. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Can Emerg Med*. 2002; 9:1184-204.
27. Classen DC, Pestotnik SL, Evans RS, Burke JP. Computerized surveillance of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*. 1991;266:2847-51.
28. Murff HJ, Forster AJ, Peterson JF, Fiskio JM, Heiman HL, Bates DW. Electronically screening discharge summaries for adverse medical events. *J Am Med Inform Assoc*. 2003;10:339-50.
29. Otero MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. *Rev Esp Salud Publica*. 2003;77:527-40.
30. Kyriacou DN, Coben JH. Errors in emergency medicine: research strategies. *Acad Emerg Med* 2000;7:1201-3.
31. Comité directeur national sur la sécurité des patients. Accroître la sécurité du système. Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien [citado 2 Abr 2004]. Disponible en: <http://rcpsc.medical.org>