

## Cuidado seguro: un desafío más para las organizaciones de salud

La ocurrencia de eventos adversos, ocasionados por el cuidado en el ámbito de la salud, es un problema serio relacionado con la seguridad y calidad. El gran énfasis que se le está dando a este tema es resultado de la divulgación del informe *To Err is Human: Building a Safer Health System*<sup>1</sup> en 1999, que consiguió movilizar a médicos, investigadores y sociedad en los Estados Unidos. Las estimativas indicaron una elevada frecuencia de error en el cuidado de salud, y, aunque controvertida, una mortalidad derivada de eventos adversos comparable a enfermedades como el cáncer de mama. Transcurridos más de 15 años, la seguridad del paciente es una prioridad en diversos países y organizaciones de salud. No obstante, a pesar de los esfuerzos e inversiones, la magnitud del problema y sus consecuencias persisten en todas las modalidades de cuidado, desde la atención primaria al cuidado domiciliario<sup>2</sup>.

Asimismo, existen desafíos metodológicos, empezando por la medición de los eventos adversos y su evitabilidad. Mayoritariamente, los estudios se basan en una revisión retrospectiva de historias clínicas, orientada por la aplicación de instrumentos de rastreo, seguida de la evaluación de la ocurrencia de evento adverso, asociada al cuidado y no al curso de la enfermedad. Este planteamiento resalta la gravedad del caso y la adecuación del proceso de cuidado. Separar el efecto de cada uno de esos elementos es crucial, pero no trivial. Se espera una acción sinérgica, puesto que los pacientes más graves necesitan cuidados complejos y hacen uso de una mayor intensidad de recursos, exponiéndose a una mayor posibilidad de ser alcanzados por eventos adversos, de carácter menor o grave, debido a fallos y errores humanos y de la propia organización. En el ambiente hospitalario las unidades de cuidado intensivo (UCI) se enfrentan cotidianamente con el punto más álgido: gravedad de los casos e intensidad y complejidad del cuidado. La UCI tiene un papel fundamental en el pronóstico y sobrevida del paciente, pero garantizar la seguridad en el cuidado intensivo exige actuar sobre cuestiones relacionadas con la toma de decisiones clínicas, adhesión a protocolos, funcionamiento de equipamientos, trabajo y comunicación de equipos multidisciplinarios, cambio de turnos e incluso la fatiga del personal clínico.

El hecho de que pesen las recomendaciones internacionales para que las investigaciones avancen en la comprensión de la causa de los daños, identificación de soluciones, impacto y traslado de evidencias para la organización del cuidado<sup>2</sup>, incluso medición del daño, es fundamental para conocer el problema en el contexto brasileño. Por ello, el artículo de Roque et al., en este fascículo de los CSP, contribuye a la madurez de la seguridad del paciente en nuestro país. Este estudio tiene mérito metodológico por su diseño prospectivo, probablemente pionero, y procuró enfrentar los desafíos por su triple gravedad, complejidad del cuidado y ocurrencia de eventos adversos. Realizado en un hospital universitario aporta un requisito importante para los cambios en la formación del profesional de salud y el fomento de la cultura de aprendizaje organizacional, frente a los errores y problemas. El gasto de cerca de R\$ 112,6 millones con la UCI, solamente en Río de Janeiro, Brasil, en 2015, ayuda a vislumbrar el impacto de estos eventos en el sistema de salud brasileño. Además, algunos resultados, hasta cierto punto sorprendentes, como la elevada

tasa de incidencia de úlcera por presión en una UCI del hospital universitario, debe hacer-nos reflexionar sobre, no solamente la baja calidad del cuidado prestado, sino también las distorsiones en el aprendizaje de los alumnos en el área de salud. Por otro lado, los tipos de eventos adversos observados en el estudio subrayan la oportunidad del Programa Nacional de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud brasileño, consonante con las directrices de la Organización Mundial de la Salud, que considera que los principales riesgos en las organizaciones de salud -infección asociada al cuidado de salud, úlcera por presión, caídas, errores en el manejo de la terapia medicamentosa, identificación del paciente- deben ser mitigados con la utilización de protocolos específicos <sup>3</sup>. Consecuentemente, lo que se pretende es intervenir, especialmente sobre el cuidado en las UCI, implantar una cultura de seguridad del paciente y de protocolos, todas ellas tareas impostergables, con tal fin podemos aprender de experiencias exitosas en el mundo, como la desarrollada por Pronovost et al. <sup>4</sup>. Finalmente, los resultados de este artículo pueden contribuir a intervenciones específicas y ayudar a mantener en el candelero la cuestión de la seguridad del paciente y la calidad del cuidado en la agenda nacional.

*Mônica Martins*

<sup>1</sup> *Editora Associada*

*Walter Mendes* <sup>1</sup>

<sup>2</sup> *Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil*

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human – building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
2. Shekelle PG, Pronovost P, Wachter RM, McDonald KM, Schoelles K, Dy SM, et al. The top patient safety strategies that can be encouraged for adoption now. *Ann Intern Med* 2013; 158:365-8.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União* 2013; 2 abr.
4. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2006; 355:2725-32.