



EDITORIAL

Gestión de calidad y seguridad de pacientes en tiempo de crisis sanitaria



Quality management and patient safety in the time of health crisis

Ángel Antonio Hernández Borges

Sección de Pediatría, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, Universidad de la Laguna, España

Recibido el 9 de julio de 2020; aceptado el 9 de julio de 2020

Habitualmente se asimila la gestión de la calidad a procedimientos burocráticos y, a veces, poco efectivos. La mala prensa que algunos proyectos mal enfocados haya provocado sobre los procesos de calidad como meros instrumentos para lograr certificaciones ISO o EFQM, no ha podido difuminar el desarrollo de la cultura de la calidad y la seguridad clínica de servicios, profesionales e instituciones sanitarias en las últimas dos décadas en nuestra sanidad. Lo que empezó teniendo una inspiración económica, los millones de dólares que las aseguradoras norteamericanas no estaban dispuestas a seguir perdiendo por fallos médicos, y que "To err is human" se encargó de mostrar en 1999, fue replanteado como una enorme oportunidad para evitar complicaciones, secuelas e insatisfacción de profesionales, pacientes y familiares. Y de esa oportunidad surgió una de las dimensiones de la calidad asistencial, la Seguridad de Pacientes, como disciplina independiente.¹

Los enfoques por los que la Seguridad de Pacientes ha venido a enriquecer la práctica médica son múltiples. En primer lugar, el conocimiento de la epidemiología del error asistencial, su detección y análisis (con todas sus técnicas como los Análisis de Causas Raíz), y las buenas prácticas derivadas de su estudio que diversas agencias internacionales se han encargado de difundir (AHRQ, JCAHO). Por otro lado, la divulgación de herramientas de Gestión del Riesgo (AMFE, diagramas de Ishikawa, técnica DAFO) ha ido favoreciendo una cultura que se ha incorporado a nuestros centros asistenciales a través de servicios de calidad o de líderes bien formados en gestión.

En este número de Anales de Pediatría se presentan dos ejemplos de estas herramientas de gestión de calidad y seguridad de pacientes.

El primero plantea el papel de los *checklists* o listas de verificación.² Esta herramienta comenzó a utilizarse ante la debilidad de la memoria humana y la fragilidad de nuestro rendimiento ante tareas complejas. Los dos primeros ejemplos reconocidos son las listas de verificación empleadas en los vuelos de la NASA en sus misiones Apolo, y como solución al desastre que supuso la primera prueba de vuelo del bombardero B-17, la denominada Fortaleza Volante. A partir de ahí, se ha hecho universal el uso de las listas de verificación en las industrias de alto riesgo y alta fiabilidad. Y afortunadamente,

Véase contenido relacionado en DOIs:

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.018>,

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.006>

Correo electrónico: aherbor@gobiernodecanarias.org

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.001>

1695-4033/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

nadamente esa herramienta se ha trasladado a la actividad sanitaria hace relativamente poco, con la introducción del *checklist* de canalización de catéteres venosos en 2004 (uno de los elementos del exitoso Bacteriemia Zero) y del *checklist* quirúrgico de la OMS en 2009.³ Pero tal y como remarcan los autores de este artículo de *Anales*, a veces la cumplimentación de los *checklist* se transforma en un acto reflejo que no se aprovecha para potenciar las barreras de seguridad del sistema (re-comprobación de aspectos críticos, potenciación de la comunicación en el equipo asistencial...) y, al contrario, pasa a ser un ritual que deja no pocas veces una falsa sensación de seguridad.

El segundo artículo trata los sistemas de prescripción electrónica asistida,⁴ otra herramienta ya clásica que nos ayuda a evitar el principal grupo genérico de errores asistenciales, los relacionados con el uso de medicamentos. Los autores evidenciaron una disminución de un 40% en la frecuencia de errores, sobre todo en las fases de dosificación y transcripción, aunque se trata de una herramienta que requiere esfuerzo para su uso eficiente, e inversión económica previa. Además no excluye totalmente la posibilidad de errores en fase de prescripción, dispensación y administración.¹

Al igual que Donavedian convenció a los empresarios japoneses de que la forma de salir de su crisis económica tras la II Guerra Mundial era apostar por la excelencia en la gestión empresarial, la situación de pandemia en curso es una oportunidad para ser más conscientes de las herramientas de gestión clínica que hemos ido acumulando a lo largo de nuestra carrera y que empleamos a veces de una forma inconsciente. Cuando en tiempo récord hemos diseñado circuitos COVID/no COVID donde no existían, identificando tareas a realizar, adjudicando responsables, enlazando subprocesos y estableciendo límites a tolerar (de insumos, de consumos, de recursos humanos), estábamos haciendo Gestión de Procesos. Cuando hemos hecho búsquedas bibliográficas sin descanso, cuando hemos contrastado la calidad de los trabajos y evaluado su nivel de evidencia científica, y hemos protocolizado produciendo documentos en versiones sucesivas de pocos días de vida, era para documentar esos procesos recién creados que hemos integrado con los que ya existían en nuestras instituciones. Cuando hemos adoptado el teletrabajo y la consulta telefónica como si fuera nuestra forma habitual de trabajar, manejando la ocupación media de nuestras salas de espera en consulta como indicador clave a vigilar para evitar las aglomeraciones de nuestros usuarios, ahí seguimos haciendo gestión de calidad y de seguridad de pacientes y familiares. Todo engranado en sucesivos ciclos de detección de problemas, diseño de soluciones, implantación de las mismas y vuelta a empezar. Es decir, empleando los ciclos P-D-C-A clásicos.

Y todo esto lo hemos hecho en semanas. Semanas de esfuerzo coral catalizado por el estrés y la preocupación ante un desastre sanitario que, ojalá, no volvamos a vivir. Semanas en las que se ha puesto a prueba la capacidad de liderar, y cuando ha habido más colaboración y ayuda no solicitada que nunca. La comunicación, tan a menudo implicada en problemas de seguridad, se potenció con grupos de WhatsApp, conexión remota desde domicilio, videoconferencias casi permanentes, colaboración científica como no habíamos visto antes, todo esta innovación se puso al servicio de nuestras necesidades de gestión de las incertidumbres y los riesgos que la pandemia escondía.

Se trata de aprender también de los aspectos más conectados con la humanidad de las personas, y aceptar que algunas cosas no se hicieron tan bien. El acompañamiento de los pacientes al final de la vida, el manejo de las familias (tan habitual para nosotros los pediatras) y su necesidad de despedida, posiblemente por causas justificadas no tuvieron ocasión de cuidarse ante otras prioridades durante las fases críticas de la pandemia. Pero incluso en esas circunstancias descubrimos que podemos hacer video-llamadas desde las UCIs entre pacientes y familiares para aliviar la angustia de la separación.

En suma, esta es una época en la que la seguridad de pacientes y la gestión clínica, como otras áreas asistenciales saldrán impulsadas, si somos capaces de aprender de forma rápida y colectiva.⁵

Bibliografía

1. Mueller BU, Neuspiel DR, Fisher ERS. AAP Council on Quality Improvement and Patient Safety, Committee on Hospital Care. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. *Pediatrics*. 2019;143:e20183649.
2. Concha-Torre Andrés, Alonso Yolanda Díaz, Blanco Sara Álvarez, Allende Ana Vivanco, Mayordomo-Colunga Juan, Barrio Bárbara Fernández. Las listas de verificación: ¿una ayuda o una molestia? *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:135.e1-10.
3. Hernández Borges AA. Checklists en el hospital: herramienta para la mejora; 2020, <https://docplayer.es/21816879-Checklists-en-el-hospital-herramienta-para-la-mejora-dr-angel-hernandez-borges-jefe-de-la-unidad-de-calidad-huc.html>. Última visita, 17 junio.
4. Oliveira Carla Fernández, Roca Cristina Martínez, Álvarez Alejandro Ávila, Barreiro Vanesa Balboa, Arufe Víctor Giménez, Gómez Pedro Yáñez, Bouzas María Carmen Hermida, Herranz Isabel Martín. Impacto de la implantación de la prescripción electrónica asistida en la seguridad del paciente pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93:103-10.
5. Fitzsimons John. Quality and safety in the time of Coronavirus: design better, learn faster. *International Journal for Quality in Health Care*. 2020:1-5.