

Reflexiones sobre la seguridad del paciente en plena epidemia del Covid19

Dr. Santiago Tomás*. Director Fundación FIDISP

Desde hace varios meses estamos viviendo una situación que ha cambiado todo el paradigma de la asistencia sanitaria, la actividad económica y la vida social a nivel mundial. La pandemia por la infección del virus COVID19 ha puesto en tensión a todos los sistemas sanitarios sin excepción. Estamos viviendo una situación insólita, con un número elevadísimo de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes, necesidades elevadas de consumos de fármacos y con riesgos de desabastecimientos que amenazan en diversas zonas. A su vez, hemos de añadir, además, el poco conocimiento que, progresivamente, vamos adquiriendo sobre las características del virus y la infección que provoca. Todo ellos son factores que están condicionando la respuesta sanitaria en estos momentos.

A ello hay que sumarle tres condiciones latentes que estaban escondidas y que han surgido quitándose el antifaz y descubriendo la cruda realidad: en primer lugar los déficits organizativos de los sistemas sanitarios, que considerábamos excelentes (¡y nos lo creíamos!) y cuya gestión es responsabilidad de políticos y gestores sanitarios que no han sabido ver bien, o han menospreciado, lo que nos venía encima; en segundo lugar el número de profesionales sanitarios, insuficientes a todas luces para atender la presión asistencial que incrementa día a día (y que han estado “maltratados” durante años bajo condiciones profesionales limitadas por recortes, a pesar de sus reclamaciones) y a cuyas espaldas hemos depositado todo el peso de la batalla a pesar de no haber recibido los medios para protegerse o incluso su propia irresponsabilidad de no haber tomado las precauciones necesarias en los inicios de la epidemia, y, en tercer lugar, lo más grave de todo: la existencia de una población que confiaba en el sistema, en una sociedad del bienestar, con una elevada edad de supervivencia, y que se ha encontrado ahora totalmente vulnerable, a la que no podemos atender en las mejores condiciones que se merecen, y sobre la cual los médicos tenemos que tomar decisiones éticamente muy difíciles para poder salvar el máximo número de vidas de una sociedad, que, ahora, se encuentra enferma y sin recursos.

Ante este marco, ante estos hechos y condiciones.... ¿podemos seguir hablando en estos momentos de la “seguridad del paciente” o de “prevención de la iatrogenia”? ¿Es verdaderamente el momento para considerarlo? ¿podremos, cuando todo pase, o tal vez tan solo se calme, volver a hablar, filosofar y pedir que los profesionales, las organizaciones y, los gobiernos, que deben de seguir desarrollando los mismos planes estratégicos sobre seguridad del paciente en idénticos términos a los que estábamos siguiendo hasta diciembre de 2019? Probablemente no, probablemente sí, o tal vez habremos de cambiar nuestra forma de hacer....



En los últimos catorce años me he venido involucrando en el concepto de la seguridad del paciente, por considerarlo como un pilar básico y necesario para ofrecer una asistencia de calidad, pasando por diversas etapas profesionales en este campo. Ante la situación actual he vuelto a la asistencia directa viviendo día a día los problemas para atender y conseguir la curación (o supervivencia) de los pacientes infectados por covid19. Diariamente, al salir del hospital, las intensas experiencias vividas surgen de nuevo reflexionando y cuestionando el concepto de la seguridad del paciente preguntándome cómo tendremos que afrontarla después de que el “tsunami covid19” nos haya arrasado y tengamos que reconstruir todo de nuevo... permítanme que comparta con todos estas reflexiones personales...

Varias enseñanzas sobre lo que estábamos haciendo y cómo lo hacíamos nos está señalando este virus. El virus nos ha dejado a todos en evidencia: hemos suspendido la asignatura Seguridad del Paciente. La primera reflexión que pasa por la cabeza de uno es dónde queda el concepto de “crear una cultura de seguridad del paciente en los profesionales y organizaciones” y “desarrollar e implantar prácticas clínicas seguras”, frases que todos hemos usado e hinchado en nuestros debates, pero que ahora han quedado totalmente en un decepcionante fracaso. La infección por el covid19 es una consecuencia clara del fiasco de estos mensajes y de estas estrategias; tomemos como ejemplo el lavado de manos: campañas que todas las organizaciones han fomentado sin éxito, gastándose miles de millones de euros anuales en todos los países, sin la valentía de evaluaciones periódicas e incluso sin atreverse a penalizaciones a las organizaciones y profesionales por no cumplirlas: fracaso total y absoluto (¿sólo nos lavábamos las manos en la fiesta del cinco de mayo...?). Y culpa también de los mismos profesionales, por incumplimiento, por no creer en ellas... y ya no hablemos de la población en sí misma. Al final resulta que la mejor campaña del lavado de manos se ha desarrollado en el 2020 y la ha tenido que diseñar un virus para que nos la creamos. Ahora todos nos hemos dado cuenta de su importancia.... ¡Demasiado tarde! Pero de todo se aprende... y tenemos una nueva oportunidad...

Otro tema de reflexión interna que me corroe el pensamiento estos días es el concepto de las segundas víctimas... ¿podremos seguir hablando de “segundas víctimas” de la misma manera? ¿Y en qué términos? En cuanto que las segundas víctimas (entendiendo por tal los profesionales que se han visto involucrados en un error o en un evento adverso y su repercusión psicológica, emocional y profesional), pueden serlo, en estos momentos, tanto por errores asistenciales como por la toma de decisiones éticamente discutibles, forzadas por la actual situación de escasez de recursos que está obligando a tomar limitaciones terapéuticas en determinados grupos poblacionales, atendiendo a la edad y condiciones clínicas previas, como ya se han conocido o visto publicadas. Es decir, riesgo de decisiones que pueden condicionar la vida de una tercera persona. Dicho hecho conlleva al profesional un trauma psicológico y tal vez repercusiones legales, ante unas acciones que se ve obligado a tomar en contra de su voluntad. Y no olvidemos dos fenómenos más que se están produciendo en esta situación: por un lado, el profesional se convierte también en primeras víctimas cuando enferman por contagio del virus por exposición de riesgos o falta de material suficiente, (como son las EPI), y por otra parte,

las situaciones de estrés agudo en trabajadores sanitarios motivados por la situación límite de trabajo, el miedo a enfermar y/o contagiar a sus familiares próximos, las bajas de los compañeros, o la sensación de impotencia, que motivarán -y de hecho ya han surgido iniciativas- enfoques multidisciplinares para atender y reducir el riesgo de estrés agudo.

¿Y hacia dónde vamos? No lo sabemos, pero están surgiendo muchísimos temas que van generando y generarán debate en los próximos días, meses y años.... probablemente el discurso de la seguridad del paciente y de la prevención de la iatrogenia está condenado a cambiar a partir de ahora. Preguntas sin respuestas, o acciones que hasta ahora se consideraban inconcebibles por “afectar a la seguridad del paciente” se están realizando bajo el objetivo de “salvar la vida del paciente”. Y a modo de reflexiones y preguntas, me atrevo a realizar un listado de las mismas, sin respuesta todavía para muchas de ellas, para estudiar, debatir y tratar después de la experiencia adquirida durante estos días:

- ¿Qué papel tienen en estas condiciones el consentimiento informado? Estamos prescribiendo y administrando medicaciones a título casi experimental (antiretrovirales, interferón $-\beta 1b$, tocilizumab...) por lo que hay que solicitar consentimiento al paciente: ¿Es correcto pedírselo cuando éste está temiendo por su vida, cuando éste se encuentra bajo los efectos de hipoxia y fracaso respiratorio? ¿el consentimiento debe ser oral o escrito? ¿es válida la prescripción y administración de estos fármacos sin pedir el consentimiento, como ya se está haciendo en muchos casos, dada la situación grave hacia la que evolucionan en muchos casos?

- ¿Estamos siguiendo unas prácticas seguras con el uso de la medicación? Probablemente exista en estos momentos una reducción de los errores de medicación relacionados con la prescripción y la administración dada la intensidad y especificidad de los tratamientos, pero también por su personalización. Además, los protocolos y las pautas a seguir dejan poco margen para el error. Sin embargo, se detectan relajación en otras terapéuticas coadyuvantes. Recientemente un compañero manifestaba que le importaba poco si las glicemias eran elevadas por culpa de los “megabolos” de corticoides, puesto que lo importante era salvar al paciente del fracaso respiratorio... Un aspecto que tal vez se está teniendo en cuenta en algunas zonas bien coordinadas entre la atención especializada y la primaria es la conciliación de la medicación. Los pacientes dados de alta con medicación anticovid19 precisan de una continuidad asistencial posterior por atención primaria siendo imprescindible tal conciliación. En este aspecto su puesta en marcha está facilitando dicha práctica. Se ha mejorado también el seguimiento y monitorización del paciente (el seguimiento del Q-T en los pacientes con tratamiento antiretroviral y la hidroxiclороquina o la monitorización de las transaminasas por citar algunos ejemplos...). El papel del farmacéutico hospitalario en esta epidemia es ESENCIAL y su labor integrada en los equipos asistenciales está siendo de gran ayuda a todos los clínicos. Probablemente el riesgo más elevado en estos momentos está relacionado

con los desabastecimientos, algunos de los cuales ya se han hecho públicos: midazolam, hidroxiclороquina, preparados de dosis altas de corticoides, azitromicina... El intento de profesionales sanitarios y de la población conocedor del tema por redes sociales, de abastecerse para su posible uso personal en caso de contagio ha llevado al Ministerio a regular la dispensación de este tipo de fármacos solo desde el ámbito hospitalario ¿es éticamente reprochable quien ya se había abastecido en detrimento de posibles enfermos que podrían haberse beneficiado?

- Durante años se ha considerado la vacunación antigripal del personal sanitario como una práctica segura, pero su grado de cumplimiento ha sido bajo y se ha cuestionado su eficacia... cuando se descubra y esté disponible la vacuna anti-covid19 ¿mantendremos los profesionales que no hayan pasado la enfermedad la misma actitud? Por cierto, el promedio para una vacuna ponerla a disposición de la población es de 18 meses... ¿si la implantamos precozmente sin las suficientes pruebas de seguridad estaremos incurriendo en riesgos que afectarían a la seguridad del paciente y a la ética clínica?
- ¿Será una práctica segura realizar screening covid19 a toda la población? ¿y si la hacemos de este virus.... por qué no de otros?
- ¿Tendrán que separarse en los hospitales los pacientes covid19 negativos o que no tengan inmunidad al mismo para garantizar la seguridad del paciente?
- ¿Debemos considerar los efectos secundarios de las terapias realizadas como eventos adversos o bien son daños intrínsecos a las mismas que no se han de considerar como iatrogenia?. Por ejemplo, polineuropatías y miopatías en pacientes críticos por largas estancias en UCI, hepatopatías por antiretrovirales, neuropatía óptica isquémica por las posiciones imprescindibles para asegurar la oxigenación, arritmias, etc
- ¿El papel que están jugando las redes sociales, con información médica diversa generada por profesionales con la mejor de las intenciones mezcladas con otras de dudosa fuente o fiabilidad comporta también un problema de seguridad del paciente al inducir a realizar acciones no validadas o sin evidencia científica? ¿quién valida la seguridad del contenido científico de las App médicas o de salud?
- ¿Estamos potenciando o abandonando el concepto de humanización de los cuidados? El distanciamiento y las barreras de protección y de comunicación entre profesionales y pacientes durante su ingreso ¿genera eventos adversos de índole psicológico sobre el paciente? ¿Estamos modificando la relación médico-paciente a favor de alternativas distantes?
- ¿De verdad sirven para algo los sistemas de notificación? ¿qué estamos notificando estos días? ¿tenemos tiempo para hacerlo?... probablemente esta situación de

emergencia sanitaria demuestra que los modelos de notificación diseñados hasta la fecha (y que tienen poca implantación entre los profesionales) son también elementos ineficaces para controlar la seguridad del paciente cuando el sistema se desborda. Tal vez habrá que diseñar modelos nuevos, de declaración rápida, breve, concisa y fácil para el profesional si queremos mantener su papel como herramienta básica y a su vez práctica segura.

He dejado para el final hablar de la sobrecarga asistencial y los ratios de personal. Este ha sido un tema altamente debatido en todos los foros sobre seguridad del paciente: ¿hasta qué punto la sobrecarga asistencial es la causa de los problemas de seguridad evidenciados o bien es la excusa en la que nos refugiarnos muchas veces para justificar la aparición de eventos adversos? La respuesta en muchas ocasiones es difícil y ello ha llevado a que aconsejemos siempre a los profesionales que adopten el máximo de prácticas seguras, para asegurar que al menos, lo que depende de ellos y que por tanto está en sus manos, es aplicado ayudando a reducir la aparición de riesgos. En las circunstancias actuales defender tales postulados se hace más complejo, pues ha quedado claro que ante una emergencia sanitaria, la sobrecarga asistencial se convierte en uno de los factores de mayor peso que pone en riesgo la calidad de la asistencia. Está claro que este concepto cogerá una importancia exponencial en los futuros debates sobre la prevención de los riesgos asistenciales, la iatrogenia y la seguridad del paciente.

En conclusión, la epidemia por covid19 ha puesto en evidencia los grandes agujeros del queso gruyere que tienen las estrategias de seguridad del paciente conocidas y aplicadas hasta ahora. La teoría del queso suizo descrita por James Reason se vuelve para aplicarse a si misma, invitando a que modifiquemos los modelos en el futuro... porque ahora estamos muy ocupados intentando combatir la pandemia.

Estas reflexiones son a título personal, pero dejamos la puerta abierta a todos los profesionales a opinar y aportar sus propias reflexiones sobre este tema. FIDISP pone a disposición de todos el correo electrónico luchacovid19@fidisp.org para que nos hagan llegar sus opiniones y publicarlas.

***Santiago Tomás Vecina:** *Doctor en Medicina. Médico especialista en Medicina interna. Máster en Metodología y Gestión de la Calidad Asistencial (UAB). Coordinador Programa SEMES-Seguridad del Paciente en Urgencias (2008-2013). Miembro de la WHO Global Patient Safety Network. Coordinador Académico del Postgrado en Seguridad del Paciente- Escuela de Salud-Tecnocampus (Universidad Pompeu Fabra). Jefe de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente-Badalona Serveis Assistencials. Director de la Fundación por la Investigación Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente (FIDISP).*