



EDITORIAL

Seguridad hospitalaria en pediatría



Hospital safety in paediatrics

A.L. Urda Cardona* y M.J. Peláez Cantero, en representación del Grupo de Calidad Asistencial y seguridad del paciente de la Asociación Española de Pediatría

UGC de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Málaga, España

En la actualidad los pediatras están prestando una asistencia sanitaria en entornos cada vez más complejos y en constante evolución. Ello se traduce en la posibilidad de generar múltiples oportunidades de poder ocasionar daño no deseado. En los 15 últimos años se está instaurando en el mundo la conciencia de que tal asistencia debe ser llevada a cabo con la máxima seguridad para el niño. Desde 1999 en que el Instituto de Medicina Americano publicó su informe «errar es humano»¹ los profesionales así como la sociedad está examinando dicha asistencia con el objetivo de conocer los posibles riesgos e implantar soluciones de seguridad. La intensidad y variedad de daños, son motivo de continuas publicaciones para intentar descubrir los errores evitables.

Se define la seguridad del paciente (SP) como «la ausencia de una lesión accidental» causada por la atención médica, tales como daño o muerte atribuibles a eventos adversos (EA) por medicamentos, identificaciones erróneas de pacientes, infecciones adquiridas u otras relacionadas con el cuidado de la salud.

En los últimos decenios se ha constatado que los errores en la medicina que hasta ahora se habían visto de forma individual son de implicaciones más profundas, evidenciándose que el diseño de la atención sanitaria juega un papel fundamental, dado que la complejidad de los mismos también inducen a error.

La Academia Americana de Pediatría en 2001, publicó la declaración de «principios de la seguridad del paciente»², posteriormente «la prevención de los errores de medicación en el contexto hospitalario pediátrico» en 2007, «la seguridad del paciente en la atención de emergencias pediátricas» y finalmente en 2011 «Reducción de daños debidos a la atención médica»³. Estas publicaciones, junto a las de la Organización Mundial de la Salud y la Joint comisión Internacional, nos han permitido aprender y avanzar en el campo de la seguridad del paciente pediátrico (SPP).

Para poder conceptualizar bien su importancia debemos tener en cuenta tres aspectos claves: 1. La necesidad de concienciar a los profesionales de forma continuada, sobre la importancia de seguridad del paciente en la atención hospitalaria del niño, 2. La implantación en el entorno hospitalario de la cultura de SP, como un elemento transversal de calidad asistencial, modificando los viejos mitos y conceptos, haciendo énfasis en la mejora de los sistemas en vez de culpar a los individuos. 3. La creación de estrategias sobre seguridad en todos los hospitales donde sean atendidos pacientes pediátricos.

Las consideraciones especiales del niño al ser atendido en infraestructuras muchas veces diseñadas para adultos, así como el tener depositada su confianza en los tutores y cuidadores, usar medicaciones que se dosifican en función del peso, tener presentaciones con diferentes formulaciones, amén de su menor capacidad de reconocer o comunicar un error, hacen que sean más vulnerables y precisen de unas mayores medidas de seguridad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.urda.sspa@juntadeandalucia.es (A.U. Cardona).

Los eventos adversos (EA) desde el punto de vista epidemiológico son diferentes al adulto⁴, es por tanto necesario conocer su incidencia y los tipos que se producen durante la hospitalización del niño, para avanzar en establecer las estrategias en SP que les minimicen o eviten.

Los errores en los pacientes pediátricos hospitalizados se consideran que representan 12'91 de EA por cada 1000 altas hospitalarias en edades comprendidas entre el nacimiento y los 15 años de edad; ello ha sido revisado por diferentes investigadores⁵⁻⁷. Entre los tipos de EA que se encontraron, debidos a errores de medicación, efectos secundarios, etc. el 19% se consideraron evitables y los de mayor gravedad se produjeron con una mayor frecuencia en los entornos de cuidados críticos. En las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), un análisis de la Vermont Oxford Network⁸ sobre errores reveló que el 47% de los errores involucraba a los medicamentos, el 11% eran por identificación errónea de pacientes, el 7% era debido a retrasos o errores diagnósticos y el 14% fueron errores en la administración o método utilizado en el tratamiento.

En urgencias, los errores son atribuibles a identificaciones inadecuadas, falta de experiencia, problemas en realización de procedimientos técnicos y el cálculo de la dosis de medicación.

La transferencia de pacientes entre las diferentes áreas hospitalarias o bien durante los cambios de turno, son unas de las causas de errores frecuentes debido a una comunicación inadecuada o no estandarizada.

En organizaciones tan complejas como son los entornos hospitalarios pediátricos, los errores se producen inevitablemente a pesar de esfuerzos para detectarlos y generar una cultura de seguridad. Por ello es esencial crear o diseñar sistemas de barrera que impidan su producción.

La Asociación Americana de Pediatría (AAP) en 2011 realizó una serie de recomendaciones para garantizar un enfoque integral y acelerar los cambios hacia una mejor y mayor seguridad⁹.

Concienciar a todos los profesionales implicados en la asistencia pediátrica, para aplicar las mejores prácticas a través de la educación en SP, incluyendo a los alumnos de pregrado; trabajar en red, para poder tener información nacional y regional que fomente el intercambio de información y experiencias, mediante la implicación de las sociedades científicas nacionales y regionales, así como todas aquellas organizaciones que atiendan niños, para que se adopten y difundan planes sobre SPP

Es necesario establecer acciones frente a situaciones de riesgo, para conocer de forma específica los EA en las diferentes edades pediátricas, mediante la elaboración de informes sobre su incidencia en la infancia, tendencias y áreas de actuación.

Impulsar desde las instituciones el liderazgo en SPP para que se tengan referentes hospitalarios que conciencien de forma continuada.

Hacer partícipes a las familias para que colaboren en la seguridad de su hijo durante su hospitalización es una herramienta básica en la mejora de la SPP

Adherirse e impulsar las mejores prácticas en SP tales como la vigilancia de la higiene de manos, comprobación de la identificación, cirugía segura, bacteriemia cero, uso seguro de medicación, etc.

La Asociación Española de Pediatría, recogiendo la necesidad de impulsar dichas recomendaciones creo un grupo de trabajo sobre calidad asistencial y seguridad del paciente con el objetivo de impulsar dichas prácticas en SPP, y fomentar la formación y difusión entre los pediatras.

Reflexiones

Rediseñar los sistemas sanitarios para que ante la implantación de cualquier proceso o procedimiento sea analizada su seguridad, insistiendo en la minimización de los riesgos debidos a factores humanos, e incorporando nuevas tecnologías (códigos de barras, armarios robotizados, etc.).

Impulsar la investigación en seguridad, para mejorar la identificación de los posibles fallos, así como perfeccionar los sistemas de SPP, además de incrementar la financiación de proyectos sobre la misma en todas las áreas de la organización sanitaria.

La implantación de las nuevas tecnologías con el uso de códigos de barras, la incorporación de las ordenes medicas computerizadas, la prescripción electrónica, los armarios robotizados, así como las mejoras de los diseños de los procesos sanitarios y las condiciones de trabajo de los profesionales son elementos demostrados que contribuyen a una disminución de errores.

Por todo ello, debemos continuar avanzando para conseguir entre todos:

Implantar intervenciones en SPP validadas en otros hospitales aunque no sean pediátricos.

Identificar estrategias adicionales y comunicarlas mediante cursos de formación para su concienciación e implantación

Difundir todas aquellas intervenciones que tras la adopción de medidas han demostrado su eficacia en la reducción de errores en los hospitales pediátricos.

Bibliografía

1. Institute of Medicine. En: *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academies Press; 2000.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. Prevention of medication errors in the pediatric patient setting. *Pediatrics*. 2003;112(2):431-6.
3. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient safety in the pediatric emergency care setting. *Pediatrics*. 2007; 120(6): 1367-75.
4. Requena J, et al. Seguridad clínica de los pacientes durante la hospitalización en pediatría. *Rev Calid Asist*. 2011;26:353-8.
5. Leonard MS. Patient safety and quality improvement: medical errors and adverse events. *Pediatr Rev*. 2010;31:151-8.
6. Landrigan CP. The safety of inpatient pediatrics: preventing medical errors and injuries among hospitalized children. *Pediatr Clin North Am*. 2005;52:979-93.
7. Sharek PJ, Classen D. The incidence of adverse events and medical error in pediatrics. *Pediatr Clin North Am*. 2006;53:1067-77.
8. Suresh G, Horbart JD, Plsek P, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics*. 2004;113:1609-18.
9. American Academy of Pediatrics. Principles of Pediatric Patient Safety: Reducing Harm Due to Medical Care. Steering Committee on Quality Improvement and Management and Committee on Hospital Care. *Pediatrics* 2011; 127;1199; originally published online May 29, 2011.