

# Seguridad del paciente

Por doctor **Juan Carlos Cañas Agudelo**

*Médico y Cirujano Universidad de Antioquia*

*Especialista en Administración de Servicios de salud FNSP*

*Gerente E.S.E ENVISALUD*

*“Aunque es humano errar, es inhumano no tratar, si es posible, de proteger de fallas evitables y peligros a aquellos que confían sus vidas en nuestras manos”.*

*Max Thorek, cirujano, músico y fotógrafo 1880-1960.*

Para comenzar a hablar sobre seguridad del paciente, seguridad hospitalaria, prácticas clínicas seguras o el nombre con el cual decidamos denominar la atención a los pacientes con el mínimo riesgo posible, debemos entender que los prestadores de servicio de salud somos y seremos seres humanos y esto trae consigo una connotación especial: No estamos exentos de errores, no somos perfectos, somos falibles y vulnerables, la posibilidad de equivocarnos siempre estará presente, pues el entorno influirá permanentemente en nuestro comportamiento y por ende en nuestros resultados.

Partiendo de lograr entender este hecho, por nosotros mismos y por los demás, digamos entonces que los eventos de seguridad con los pacientes no podrán ser erradicados, pero si podemos llevarlos a su más mínima expresión, trabajando sistemáticamente con la aplicación de técnicas adecuadas y con el compromiso sincero de aprender de los errores para no repetirlos nuevamente.

Es importante, igualmente, entender la diferencia existente entre: *Error o falla en la atención en salud y violación de la seguridad de la atención en salud*, pues nos enmarcaremos sólo en las fallas de la atención en salud. Los errores o fallas en la atención en salud por definición son NO intencionales y se definen como una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (fallas de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (fallas de omisión), en las fases de planeación o de ejecución; en cambio la violación en la seguridad de la atención en salud, son intencionales e implican la desviación deliberada del comportamiento esperado, de un procedimiento, de un estándar o de un norma de funcionamiento, que se produce por factores motivacionales del individuo o de la organización.

El tema de trabajar con instituciones que buscan permanentemente la prestación de servicios de salud en forma más segura, donde los riesgos a sus usuarios sean cada vez menores, cobra cada día mayor importancia, debido al compromiso del mundo entero en buscar procesos de calidad que intenten favorecer la seguridad, en forma eficiente, entendible y confiable.

Colombia, a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), en sus componentes de habilitación, acreditación, auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad y sistemas de información, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud y la Ley 1122/07 (art. 2 y 25), direcciona hacia la seguridad en la atención (tratando de llevar a todos los prestadores de salud a impactar positivamente en la seguridad de sus usuarios), entendida esta como el conjunto de elementos estructurales, procesos, e instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar consecuencias. Como lo enuncia el premio a la calidad ciudad de Medellín 2010: “La seguridad del paciente es un problema FRECUENTE, con tendencia CRECIENTE, potencialmente GRAVE, de gran IMPACTO y que PREOCUPA a todo el sector.

Realicemos algunas precisiones con respecto a definiciones necesarias para entender el tema:

Seguridad del Paciente: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Indicio de Atención Insegura: Un acontecimiento o una circunstancia que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o un evento adverso.

Riesgo: Es la probabilidad de que un incidente o un evento adverso ocurra.

Evento Adverso: Es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produjo daño al paciente; este puede ser prevenible y no prevenible.

Evento Adverso Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento Adverso No Prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

Evento Adverso Centinela: Según la Joint Commission on Accreditation of Health Organization, “es un hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”.

Incidente: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Complicación: Es el daño o resultado clínico no esperado y no atribuible a la atención en salud, sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

Barrera de Seguridad: Una acción o circunstancia que reduce la posibilidad de presentación del incidente o evento adverso.

La atención en salud se considera una actividad cada vez más compleja debido a los avances diarios en la medicina, lo que conlleva a manejar técnicas y tecnologías que prolongan la vida pero que, a su vez, convierten la prestación de los servicios de salud en sistemas de alto riesgo; es por esto que la seguridad del paciente toma la importancia actual, tratando de crear en las Instituciones de salud una cultura que nos motive a pensar y a trabajar con el enfoque de minimizar el riesgo, no solamente para nuestros usuarios (pacientes), sino para nosotros mismos como prestadores.

Lo anterior debido a que un evento adverso que se presente en el curso de nuestra atención en salud, no solamente causa daño al paciente, lo que implica demandas civiles y penales por mala práctica, pérdida de la licencia profesional o lo peor, el sentimiento de culpabilidad con el que debemos cargar por la situación presentada, sino que, en muchas ocasiones, se señala culpable al profesional de la salud sin detenerse a pensar que pudo haber ocurrido fallas en los procesos, no en las personas; sin embargo, el daño bilateral (profesional-paciente) ya está hecho.

Sólo hasta la década de los 90, cuando en los Estados Unidos de Norte América llamó poderosamente la atención la muerte de casos como los de *Libby Zion*, una joven de 18 años que murió algunas horas después de su ingreso a uno de los centros asistenciales de Nueva York, como resultado de una interacción medicamentosa entre un antidepresivo que estaba tomando y un analgésico narcótico que le fue aplicado en el hospital; *Betsy Lehman* que murió en 1994 en el Instituto de Cáncer Dana Farber por una sobredosis de ciclofosfamida durante un trasplante de medula ósea; *Josie King*, una niña de 2 años de edad quien murió en el Hospital Universitario Johns Hopkins por una sobredosis de morfina cuando se encontraba en fase convaleciente de unas quemaduras; *Jessica Santillan*, una adolescente de 17 años quien, durante un doble trasplante corazón-pulmón, se le

transfundió un tipo de sangre equivocado que le produjo rechazo agudo y muerte cerebral secundaria; comenzó a estudiarse seriamente el tema mediante la recolección en el reporte “Errar es humano” de 30.195 pacientes analizados, en el cual se encontró en el estudio realizado en Colorado y Utha una incidencia de eventos adversos de 2.9%, con una mortalidad de 8.8 %, en el estudio de Nueva York una incidencia de eventos adversos de 3.7%, con una mortalidad de 13.6%; estas cifras llevándolas a las cerca de 35 millones de hospitalizaciones que se realizan anualmente en los Estados Unidos, se estimó entonces que entre 44.000 y 98.000 ciudadanos Norte Americanos, mueren como consecuencia de eventos adversos producidos durante su estancia hospitalaria, cifra que es mucho mayor a la cifra de muertes ocurrida durante un año por cáncer de seno, SIDA y accidentes automovilísticos.

En otros países como Reino Unido, la prevalencia de eventos adversos fue de aproximadamente el 11%, en Australia del 11%, Nueva Zelanda 10%, España 9%, Francia 7%, Dinamarca 10%, Canadá del 8% en Instituciones generales y del 11% en Instituciones Universitarias (absolutamente entendible, pues se trata de Instituciones con personal en formación, lo que aumenta significativamente los riesgos y la posibilidad de error), de los cuales entre el 40 y el 50% fueron eventos adversos que se podrían haber prevenido de una u otra forma.

En Colombia, con la participación en el estudio IBEAS (prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica), en el cual participaron la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú, en el que estuvieron, además, presentes 58 centros hospitalarios y se analizaron 11.555 pacientes hospitalizados, se ha intentado medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales, y se encontró una prevalencia de eventos adversos de 10.5% (promedio de los cinco países que participaron en el estudio). “Conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poner soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios (proyecto IBEAS)”.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud, en La 55ª Asamblea Mundial de La Salud, reconoce la seguridad del paciente como un problema serio de salud pública; reconoce, además, que la incidencia de eventos adversos pone en peligro la calidad de la atención y que la mejora permanente del desempeño de los sistemas de salud es clave para su reducción, proporcionando atención segura y con calidad; “en países en desarrollo, 1 de cada 10 pacientes sufrió un daño mientras recibía atención en el hospital; el riesgo de infección intrahospitalaria se incrementa 20 veces en países subdesarrollados; eventos relacionados con falta de seguridad del paciente costaron a algunos países entre US\$6.000 millones y US\$29.000 millones por año; industrias con riesgos altos como la aviación y las

plantas nucleares tienen registros de seguridad mucho mejores que los centros asistenciales de salud (hay una posibilidad de que 1 viajero por cada 1'000.000 sufra daño mientras está en un avión, mientras hay la posibilidad de que 1 paciente por cada 300 sufra daño durante la asistencia médica)”.

Una vez identificada la prevalencia en la presentación de eventos adversos, se procede a listar las barreras de seguridad que deben establecerse en las Instituciones de salud, buscando la seguridad en la prestación de los servicios; llamando bastante la atención que las metas internacionales de seguridad propuestas, son tan simples y del diario vivir, que precisamente es en la cotidianidad en la cual cometemos los errores que terminan en eventos adversos con nuestros pacientes.

### **Metas Internacionales de seguridad:**

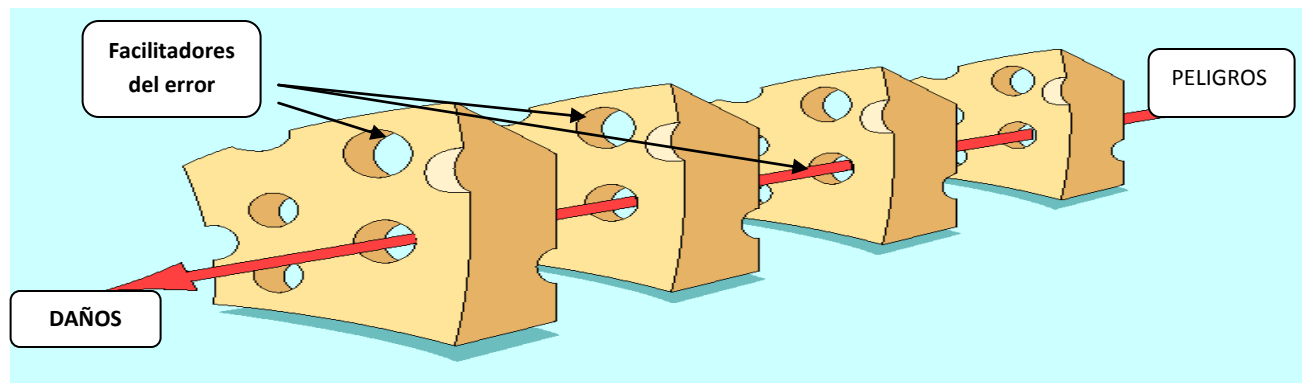
- Mejorar la identificación del paciente.
- Mejorar la efectividad de la comunicación entre el personal asistencial.
- Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.
- Reducir el riesgo de infecciones asociada al cuidado asistencial.
- Vigilancia de medicamentos en todo el proceso de atención.
- Reducir el riesgo de daño a los pacientes resultado de caídas.
- Incentivar a los pacientes y las familias en la participación activa de su manejo terapéutico como una estrategia de seguridad.
- Identificación de los riesgos de seguridad inherente a la prestación del servicio.
- Reconocer y responder oportunamente a los cambios de la condición del paciente.
- Protocolo universal de los correctos

Se han identificado múltiples causas que facilitan el error y la consecuente aparición del evento adverso: Complejidad de los sistemas; sobrecarga laboral y estrés; jornadas de trabajo prolongadas; deficiencias de entrenamiento; alta rotación del personal; materiales y equipos de baja calidad; deficiencias en mantenimiento; falta de normatización; fallas desde el direccionamiento y planeación; falta de adherencia a las normas o protocolos; mala toma de decisiones por desconocimiento o ignorancia; comunicaciones inefectivas, imprecisas o inoportunas; omisiones involuntarias; actitudes complacientes frente a la desviación de los procesos; exceso de confianza; presión frente a la producción; actuar con prisa; equipos insuficientes; personal insuficiente; cultura de la organización; entre muchas otras.

La identificación de los eventos adversos producidos en una institución de salud, solamente se logra con el reporte de los mismos por parte del grupo de funcionarios implicados y este reporte se logra si trabajamos en una cultura justa de seguridad, en la cual no se buscan los culpables del error (no importa tanto el

quién), sino el proceso que ha fallado (se le da importancia al *qué*, al *cómo*, al *cuándo*, al *por qué* y, lo más importante, *cómo se podría haber evitado*); mediante el reporte y análisis multicausal de los eventos de seguridad, se logrará establecer, entonces, el diseño de barreras de seguridad.

## Barreras de Seguridad



**Reason J. Human error: Models and management. BMJ 2000: 320: 709**

En el esquema anterior, bastante conocido por todos, se ha querido mostrar cómo ante los peligros detectados se deben establecer cuantas barreras de seguridad sean posibles para evitar que dichos peligros terminen convirtiéndose en eventos adversos; sólo cuando fallan las barreras de seguridad establecidas, se producen los desastres.

Los eventos pueden ser evitados reactivamente o proactivamente, aprendiendo de nuestros propios errores o de los errores de los demás, o anticipándonos a como el próximo error o evento puede suceder mediante el análisis juicioso, ordenado y sistemático de nuestras instituciones de salud; para lograrlo, es necesario establecer una cultura de seguridad, donde se viva y se trabaje en pro de la seguridad del usuario con una actitud positiva y proactiva en cada una de nuestras acciones y con un pensamiento de trabajo en equipo, en la cual, como lo diría F. M. Dostoievski 1821 - 1881., "TODOS SOMOS RESPONSABLES DE TODO ANTE TODOS".

Por último, y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, con las metas internacionales de seguridad, y con base en la experiencia vivida, estos son algunas de recomendaciones en cuanto a las barreras de seguridad que se deben establecer en una institución de salud:

1. Impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS en el lavado de manos: Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente, Lavado de manos antes de realizar una tarea aséptica, Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes, Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente, Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.
2. Manejo de los correctos: Paciente Correcto, Medicamento Correcto, Vía Correcta, Dosis Correcta, Velocidad Correcta, Técnica Correcta, Registro Correcto.
3. Utilizar por lo menos dos datos del paciente, nunca el número de la cama, siempre antes de: Extraer una muestra biológica para análisis, administrar un medicamento o transfusión, realizar un procedimiento invasivo o estudio complementario, remitir a otra Institución.
4. Uso de Protocolos y Guías de manejo de acuerdo a su perfil de morbi-mortalidad.
5. Para disminuir la caída de los pacientes: Verifique que sus camas, camillas y sillas sean seguras; verifique que los frenos de las mismas funcionen; dé instrucciones claras al paciente y su familia sobre el manejo de camas y camillas y la forma de bajarse de ellas; utilice las barandas de camas y camillas como protección para el paciente, cumpla con los protocolos de transporte de pacientes tanto interna como externamente; identifique los pacientes con riesgo de caída (Antecedentes de caídas, paciente agitado, funcionalmente afectado, necesita ir frecuentemente al baño, tiene movilidad disminuida, pacientes bajo sedación).
6. Para disminuir las infecciones intrahospitalarias: Insista en un adecuado lavado de manos, identifique pacientes con mayor riesgo de infección, haga respetar las medidas de aislamiento.
7. Unifique las siglas que se van a permitir en el uso de la historia clínica en su Institución.

8. Verifique el adecuado funcionamiento de los equipos antes del uso de los mismos con los pacientes.
9. No haga “suposiciones” al intentar entender una orden médica, si no entiende la orden, verifíquela nuevamente.
10. Elimine focos de distracción como Ipod, MP3, televisores, entre otros, a la hora de prestar un servicio; recuerde que la concentración es parte fundamental para minimizar el riesgo.
11. Involucre al paciente y a su familia en el conocimiento y manejo de su enfermedad siendo oportuno, específico y utilizando términos claros que garanticen que usted se ha hecho entender.
12. Implemente un buen programa de fármaco y tecnovigilancia en su Institución.

El riesgo que puede correr un paciente de sufrir eventos adversos mientras se le atiende existe en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, hospitales y clínicas del mundo. Para impactar positivamente en la disminución del riesgo, es necesario que creamos que es posible trabajar con seguridad y que entendamos que ese paciente que hoy atendemos, bien pudiera ser mañana un hijo tuyo, tu madre, incluso tú mismo, quien esté acostado en una camilla esperando la prestación del servicio en una institución que ojala esté comprometida con la seguridad de los usuarios.

### **Bibliografía:**

- Seguridad del paciente documentación OMS, OPS, Ministerio de la Protección Social Colombia.
- La excelencia en el Desempeño Humano – INPO.
- Reason, James T. (1990). Human Error. Cambridge, Inglaterra.
- Proyecto IBEAS.
- The Joint Commission International.

-Institute for Healthcare Improvement Idealized Design Group and Allan Frankel,  
MD Boston, Massachusetts, USA.