

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, UNA TRANSFORMACIÓN PARADIGMÁTICA

**Por Dr. Carlos Alberto Díaz,
Ing. María Virginia Braem,
Dra. Amalia Giuliani Diez,
Ing. Emilio Fabian Restelli**

La seguridad del paciente en las instituciones de salud constituye una transformación elaborada de sus paradigmas de complejidad, una verdadera evolución cultural y organizativa, cuyo camino más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas: calidad y atención centrada en el paciente. Es un camino extenso, lento, trabajoso, que exige esfuerzo, persistencia y compromiso.

La seguridad del paciente es un componente sustancial de la calidad, de su visión cuatrilógica, constituida por el aspecto técnico, la satisfacción del usuario, la eficiencia y la seguridad. El objetivo es disminuir el error asistencial (evitable en la mitad de los acontecimientos), a través de limitar los factores predisponentes del evento no deseado y las cuestiones corregibles mediante el conocimiento del paciente y la continuidad de la atención médica.

La seguridad del paciente es humanización, calidad asistencial, procesos, gestión Lean, gestión clínica, integralidad e integración de la

atención y funcionamiento en red. Por eso lo más importante es la organización de los procesos y la disminución de la variabilidad de la prestación médica, con distribución de responsabilidades y roles, tanto de compradores (agentes médicos y vendedores) como de proveedores internos de productos intermedios de información (laboratorio, imágenes, hemoterapia, etc.). Se debe procurar que estas transacciones se realicen adecuadamente, y en función de la necesidad de los pacientes para mejorar la eficiencia social de la inversión en salud.

La organización de la gestión clínica es un pilar de la seguridad para emplazar la competencia instalada donde corresponda: guías clínicas, controles, alertas y barreras de seguridad, para disminuir los factores predisponentes a que ocurra el error. A esto además se le suma un componente *soft*, que es la verdadera ventaja competitiva: el trabajo en equipo. No cualquier equipo, sino uno de alto desempeño, multidisciplinario y transdisciplinario, compartiendo información, repartiendo esfuerzos, diferenciando aportes, pero con perseverancia y sentido de pertenencia. Se debe trabajar en un liderazgo ético

impulsado por los valores institucionales, integrando todas las disciplinas. Principalmente encabezada por la económica y financiera, ya que si estas se integran, se verá palmariamente que estas asignaciones son inversiones. Permitir además en todos los ámbitos donde se desarrolla el momento de verdad (la atención de los pacientes), el acceso a la información y la evidencia científica, aumentando las horas de permanencia de los decisores clínicos.

Para reducir la incidencia de los eventos adversos es necesario disminuir las causas del error y los factores predisponentes, e instalar barreras más sólidas, como acciones instructivas y de orden: crear, elaborar, implantar y adoptar los paquetes de seguridad.

Entender profundamente las causas permitirá diseñar métodos, tareas, actividades y procedimientos más seguros, que atraviesen todos los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado.

Las barreras son: capacitación, identificación del paciente, continuidad de atención, control de infecciones, lavado de manos, guías clínicas, acceso a la información y la evidencia científica, alertas, farmacia clínica,



controles cruzados, barreras físicas, datos oportunos, mejora en los medios de diagnóstico (especificidad y seguridad) y en la calidad de insumos y proveedores.

Otro elemento fundamental es la continuidad en los cuidados. Conformar redes internas en la organización adhocrática, con previsibilidad y coherencia de criterios. Una arista importante en esta continuidad, que la gestión debe instalar son los pases de niveles asistenciales, por ejemplo como los pases de guardia, para que evidencien la producción continua, para que no signifiquen una interrupción en el proceso de aceptación o de atención de los pacientes.

Luego, se debe tener personal suficiente y capacitado para la demanda de trabajo. La estructura edilicia

es infraestructura de conocimiento; una cama de terapia intensiva lo será en tanto pueda tener una enfermera asignada y un médico competente que interprete el caso, no es solamente un lecho con un respirador o una bomba de infusión. Al respecto existen en las organizaciones de salud varios aspectos a tratar estratégicamente como: la falta de enfermeras profesionales, intensivistas, neonatólogos anestesiólogos y gestores profesionales. Mejorar los regímenes de trabajo, la dedicación horaria, el descanso, los modos de ingreso de paciente, que ponen a prueba los mecanismos de seguridad.

Los errores en la mayoría de los casos son por causa sistemática, por lo tanto la notificación y el aprendizaje que esta genera debe ser no puni-

tivo, independiente, confidencial y analizado por expertos a tiempo.

Un gran avance para la seguridad de los pacientes es incorporar el concepto de que para que ocurra una falla humana, debe estar precedida por fracasos en las barreras de contención del error, esto se corresponde a la hipótesis del error humano de Reason. Vulnerar en un mismo proceso las barreras organizativas, de procesos, de competencias y desatender las alertas, facilitan el error. El reporte de un evento adverso no debe generar otro efecto más que permitir el análisis de la causa raíz y con eso el aprendizaje. Evitar que el reporte signifique “confesión de parte, relevo de prueba”. Básicamente se necesita un ambiente organizacional de transparencia y corresponsabilidad para generar retroalimentación. Ciertamente es que tanto nuestras organizaciones, como el sistema jurídico no están preparados para este cambio, sería como incursionar en un “sincricidio”. Pero sí debe crecer el sistema de notificación interno.

La implantación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos y centros de responsabilidad, y se incorpora como insumo de proceso: instrumentar chequeos, paquetes de seguridad, identificación de pacientes, mejora de la comunicación entre los integrantes del equipo asistencial, los enfermos y los familiares. La idea es transmitir los riesgos, no en forma genérica sino específica para cada paciente y en ese contexto, explicando por qué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido, y no solo informado.

Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operativos, en los usuarios, sus familias, los especialistas de *staff* y profesionales contratados.

Empresas tan complejas como las de salud tienen que tener certificados

validados a todos sus proveedores. Es una parte importante de la política de seguridad, porque de la calidad de los insumos, medicamentos y productos intermedios, se genera sinergia por la calidad, al flujo de proceso, y su orientación inequívoca hacia el paciente y al colectivo al cual pertenecen.

Los programas de seguridad son una buena inversión, pero cuesta demostrarlo porque en la actualidad muchos eventos adversos son atribuidos al paciente y su patología; y muchas de las mejoras no se visualizarán porque previamente estaba infravalorado el error. La hipótesis sería reducir un porcentaje del costo de la ineficiencia que se calcula en un 25%. Se traduce en la reducción de las estancias innecesarias. Tratamientos antibióticos inadecuados, aumento de la infección por procedimientos médicos más de lo esperado, complicaciones de la cirugía que revelan empeoramiento en el desempeño, indicaciones médicas que no agregan valor.

Lo más importante será entonces: evitar errores en la medicación, alergia a medicamentos, extravasaciones, aumentar el uso de bombas de infusión para medicamentos de bajo margen terapéutico, no estibar medicamentos en lugares inadecuados, rotular correctamente las mezclas intravenosas, re-ensasar con código de barras todos los medicamentos, farmacia clínica, paquetes de seguridad en el bloque quirúrgico, en las intervenciones quirúrgicas (error de paciente, de intervención y de lado), prevención de la neumonía asociada a respirador, bacteriemia cero, prevenir flebitis, úlceras por presión, caídas, quemaduras, actividades de mutuo control médico y de enfermería, controles por oposición.

Recordar siempre que las mejoras tendrán una expresión favorable du-

rante las intervenciones, pero estas deben incorporarse en la cultura, en los paradigmas de complejidad de la organización, sino los resultados se observarán únicamente durante el ciclo de la acción directa.

La seguridad se incorpora como un componente esencial de la gestión hospitalaria profesional, de la mesogestión y de la gestión de la complejidad. Desde la ilusión del objetivo y estrechamiento de los pares duales, y de la gestión clínica, como parte de su *empowerment*, de los gerentes y los médicos asistenciales. Se observan resultados parciales en algunas patologías, como ejemplo disminución de eventos adversos en infarto agudo

de miocardio e insuficiencia cardíaca, pero en cambio nada se observa en patologías como neumonía y del ámbito quirúrgico. Por lo que sugiero que el esfuerzo se desarrolle en todos los ámbitos, y que sea un objetivo en el plan de salud de la Argentina.

Recuerden que la prestación sanitaria entrega bienes de confianza, y ante todo no causar daño, lo que implica dar imagen de seguridad, responder al compromiso, y la continuidad de atención, colocar barreras que eviten los eventos adversos. Si ocurre un evento actuar para disminuir el daño, entendiendo que nuestro sujeto de interés es una persona, y la atención debe reflejarlo mejorando su calidad de vida. 

Bibliografía

1. Aibar C. Aranaz JM. No debería ocurrir y ¿por qué ocurrió? Estudio prospectivo del riesgo asistencial y valoración retrospectiva de los sucesos adversos. Unidad Didáctica 7. <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-CD1/pdfs/UNIDAD7.pdf>
2. Alonso Coello P. Jam Gatell R Gilsanz Rodríguez F. Martínez García L. Orrego C. Rigau Comas D Romero Simo M. Salvatierra Velázquez A. Sánchez Santos R. Sastre Pérez J. Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del paciente quirúrgico. 2010
3. Aranaz JM Aibar C Vitaller J Mira JJ. Gestión sanitaria. Calidad y seguridad de los pacientes. 2008. Editorial Díaz de Santos.
4. Bañeres J Cavero E López L Orrego C y Colaboradores. Sistema de Registro y notificación de eventos adversos. Ministerio de Salud y Consumo España. 2010.
5. Clark SC Dunning J Alfieri OR Elia S. Hamilton LR Kappetein AP. Lockwandt U Sarris GE. Kolh PH. *EACTS guidelines for the use of patient safety checklists*. Clinical Guidelines Committee of the European Association for Cardio Thoracic Surgery. 2012. 1-12
6. Cometto MC. Gómez PF. Marcon Dal Sasso GT. Bortoli Cassiani SH. Falconi Morales C. Enfermería y seguridad de pacientes. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
7. Goodman JC, Villarreal P, Jones B. *The social cost of adverse medical events, and what we can do about it*. Health Aff. 2011;30:590Y595.
8. Grau Cano J. Prat Marin A. Bertrán Luengo Mj. Análisis de los incidentes de seguridad clínica. www.jano.es. 2011.
9. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report. 2010
10. Institute for healthcare improvement Open school <http://www.ihl.org/offerings/IHIOpenSchool/Pages/default.aspx> 2014,
11. Jha A K, *Patient safety research: an overview of the global evidence*. Qual Saf Health Care 2010 19: 42-47
12. Leape LL, Brennan TA, Laird NM, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. *The nature of adverse events in hospitalized patients: results from the Harvard Medical practice Study II*. N Engl J Med 1991; 324:377-84.
13. National Quality Forum. *Standardizing a patient safety taxonomy: a consensus report*. Washington, DC: National Quality Forum; 2006.
14. PAHO. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. 2013.
15. Pronovost PJ, Rosenstein BJ, Paine L, et al. *Paying the piper: investing in infrastructure for patient safety*. Jt Comm J Qual Patient Saf 2008; 34:342-8
16. Reason JT. *Understanding adverse events: human factors*. En: Vincent CA, editor. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. London: BMJ; 2001. p. 9-30.
17. SEFH La seguridad del paciente en siete pasos. www.sefh.es 2010
18. Vitolo F. la seguridad del paciente desde la perspectiva económica. 2013. www.noble-arp.com
19. World Health Organization. *World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme*. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
20. World Health Organization. *Violence and Injury Prevention: Falls*. 2012. Accessed at www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en on 25 July 2012