

“ERRAR ES HUMANO. OCULTAR LOS ERRORES ES IMPERDONABLE.
NO APRENDER DE ELLOS NO TIENE PERDÓN”

SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



La OMS impulsa 6 objetivos obligatorios para que todos los hospitales cumplan con los cuidados básicos relacionados con la calidad de atención y la seguridad del paciente. Los efectos adversos son un fenómeno sin fronteras, ocurren en todos los rincones del mundo, independientemente del nivel de desarrollo que hubiera alcanzado. En los países industrializados se ha estimado que la tasa de fenómenos adver-

sos promedia un 10%, es decir que uno de cada 10 pacientes internado sufre un efecto indeseable consecuencia de la atención médica. Los Centros de Control de Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos (CDC) consideran que entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados adquieren una infección hospitalaria. En nuestro país, la tasa es del 11,3%. Hay que contar y sumar los daños ocurridos a los pa-

cientes por caída de la cama, por errores en la medicación o en la identificación del paciente y tendremos una apreciación de la magnitud del problema.

La atención en el cuidado de la salud, cada vez más compleja, conlleva una combinación de procesos que se basan en la estructura, la tecnología y la capacitación del personal existente en ese lugar, ese momento. Para consi-

En el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en el año 2004, en la OPS en Washington DC, recordando la frase atribuida a Hipócrates "Primero no hacer daño" se formó La Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. La iniciativa intenta imponer ideas, que aplicadas en los hospitales, conduzcan a la reducción de aquellos efectos adversos que tienen probada eficacia

derar las acciones que se deben realizar en cada establecimiento hay que pensar en adoptar las recomendaciones y poner mucho empeño en la adaptación a las condiciones locales. La figura del epidemiólogo hospitalario podría ser la adecuada para la gestión y organización de la seguridad del paciente.

Por el momento, tal como lo demuestran las infecciones hospitalarias, no hay suficiente conciencia sobre la existencia de herramientas y técnicas que permiten la vigilancia y el control de los efectos adversos. El personal de salud entrenado en epidemiología hospitalaria, ya sea enfermero, médico, bioquímico o biólogo, tiene o puede, adquirir el entrenamiento para medir los eventos, según prácticas ya probadas, que llevan a disminuir los efectos adversos indeseables en los hospitales.

Tal vez el paso trascendental es reconocer que existe el riesgo. Que éste es permanente, que los eventos ocurren, que se pueden cuantificar y se pueden evitar en una medida tan significativa que no resiste el menor análisis de costo-beneficio. Los beneficios se pueden medir en morbilidad, mortalidad, costos atribuibles, demandas judiciales, percepción de los clientes, etc.

El desafío principal tiene que ver con la necesidad de crear una cultura institucional basada en la confianza, la sinceridad, el reconocimiento del riesgo y la comunicación abierta entre todos los actores del sistema asistencial.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era debida a fallos humanos. Actualmente el énfasis en la prevención de los efectos adversos se pone en los sistemas. El error humano es apenas una parte del problema de los fallos en la seguridad del paciente. Sin embargo una actitud más conciente por parte del personal de salud evitaría muchos de los errores.

Los expertos en el tema coinciden en que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización que tiene que introducir los mecanismos necesarios para disminuir las barreras estructurales, donde el error no sea vivido como algo punitivo, sino que su detección e informe sean parte de un modelo que suma a una cultura que se promueve.

En algunas instituciones de Buenos Aires existen programas destinados a esta tarea. Estas entidades han creado el Comité de Calidad o de Seguridad del Paciente, independiente del Comité de Control de Infecciones, sin embargo aún deben incorporar la experiencia en vigilancia epidemiológica de estos últimos.

La lista de los temas que podrían encabezar la lista son: la identificación de los pacientes, la calidad de la comunicación, las caídas de la cama, las escaras por decúbito, los errores en la medicación, la disponibilidad de una solución hidroalcohólica en la habita-

ción del paciente, el hábito de la higiene de las manos, las infecciones adquiridas en el hospital, el consumo de antibióticos, la vacunación de las poblaciones susceptibles, las medidas de aislamiento de los portadores de microorganismos multirresistentes, la profilaxis antitrombótica y el control de sus reservorios ambientales.

Otro aspecto a tener en cuenta es que las medidas de seguridad del paciente contribuyen a la seguridad del personal que lo atiende. Las prácticas saludables para los pacientes son saludables para la institución y su gente.

La problemática está instalada, la OMS y las entidades acreditadoras de instituciones de la salud no van a acreditar instituciones que no cumplan con las exigencias básicas de seguridad del paciente. Es responsabilidad de todos los directivos del sector de la salud, asistencial, asegurador y pagador asumir la Seguridad del Paciente como un imperativo ético a considerar en los sistemas de salud.

La preocupación por la seguridad del paciente no es un tema nuevo, sin embargo la OMS ha iniciado una serie de acciones que ofrecen la oportunidad de participar en una campaña internacional. El 5 de mayo de 2009 ha sido decretado el Día Mundial de la Higiene de Manos con el propósito de difundir los 5 pasos a incorporar del procedimiento de higiene de manos.

ANTECEDENTES

- 1985 | El estudio SENIC del CDC de Atlanta, Estados Unidos, demostró que si se cumplen todos los pasos indicados en las guías, se pueden reducir el 32% de las infecciones hospitalarias.
- 1999 | El Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó el libro *“To err is human: building a safer health system”*.
- 2004 | En la Asamblea Mundial se acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes bajo el lema “Ante todo, no hacer daño”
- 2005 | Comisión Europea y el Consejo de Europa consensuaron la declaración *“Patients security: making it happen”*
- La Agencia Nacional Inglesa para la Seguridad del Paciente considera que el 15% de las infecciones hospitalarias son prevenibles y que añaden al sistema un costo de 100 millones de libras anuales en concepto de tratamiento y tiempo de internación adicionales.
- 2004-2006 | La campaña “Salvemos 100.000 vidas” que cumplió su propósito con los 6 objetivos que hoy la OMS ha adoptado para amplificar este logro.
- Institut for Healthcare Improvement de Estados Unidos lanzó la campaña *“Protecting 5 million lives from harm”* con 12 intervenciones para que en cada institución se instale la cultura de la calidad.

De acuerdo a La Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes estos son algunos de los objetivos que se han impuesto para que todos los hospitales cumplan con los cuidados básicos relacionados con la calidad de atención y la seguridad del paciente:

1. El paciente ha de estar correctamente identificado. El paciente

debe portar siempre una pulsera que permita su identificación. Si está dormido, anestesiado o confundido se podrá controlar su identidad. Si se muda de habitación o pasa a un área de procedimientos o cuidados especiales, lleva consigo la identificación que permitirá comparar los datos de la persona con la muestra para el laboratorio, la sangre o la medicación que se le administra y el procedimiento que se le realiza. Ya llegará el momento en que con un código de barras se logre mayor eficiencia en el control o vigilar la trazabilidad de la atención de patologías más sensibles a la inadecuación del tratamiento.

2. La efectividad de las comunicaciones. La comunicación en la institución, ascendente y descendente, es clave en el funcionamiento.

La comunicación puede ser verbal o escrita, telefónica o electrónica, pero siempre tiene que ser clara, precisa, a tiempo y completa y fácilmente entendible por quién la recibe.

Cuando se analizan las cosas que salen mal, siempre surge la duda respecto a que si hubiéramos escuchado atentamente o prestado más atención al mensaje probablemente las cosas hubieran resultado diferentes. Muchos de los problemas fueron el resultado de que alguien no oyó algo o lo entendió de manera distorsionada.

La OMS en su empeño por disminuir los errores humanos en el cuidado de la salud sugiere que si se da una orden telefónica debe comenzar con una completa identificación por parte del que la imparte y ser repetida completa por quién la recibió después de haberse identificado. La orden o el resultado de la prueba solicitada son confirmados por quién dio la orden. Son formas que permiten asegurarse que la orden fue comprendida, que el que

escuchó estaba atento y que la orden es correcta porque el que la debía ejecutar está conforme con la solicitud. Estas modalidades de trabajo se han aplicado en otras profesiones con el objetivo de asegurar que la comunicación no sufra modificaciones a lo largo de los eslabones de la cadena de la información. Esto es especialmente válido en áreas de cuidados críticos o en quirófanos.

3. Mejoras en la seguridad de la dispensación y administración de los medicamentos. El parecido del envase por su aspecto y/o el nombre escrito o pronunciado puede inducir a error. Entre los estándares exigidos por la OMS estos medicamentos deben estar identificados con un mecanismo de alerta en el lugar de almacenamiento, de dispensación y administración. A la hora de aplicar un medicamento se debe anteponer un sistema que garantice que es el medicamento indicado para el paciente correcto e identifique la hora y quién lo proveyó.

4. El procedimiento correcto, en el paciente correcto y en el sitio correcto. El paciente que va a ser movilizado a un área de procedimientos, por ejemplo, a un quirófano, debe partir con la piel marcada en el sitio de la intervención. Es el mecanismo para evitar errores de lado en los procedimientos sobre órganos pares. El mejor control que se puede instalar es que sea el propio paciente el que valide la marcación del sitio quirúrgico cuando aun está despierto. Un paciente que es requerido desde un área de procedimientos y no tiene marcado en la piel el lugar de la incisión, no puede ser derivado. Será la enfermera, en principio, conciente de su responsabilidad, la encargada de impedir que el paciente sea trasladado a la sala de

operaciones, si no tiene el sitio a operar debidamente marcado.

En las instituciones sensibles y que cumplen con estándares más exigentes en la seguridad del paciente estos eventos se denuncian por escrito.

5. Reducción del riesgo de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. El concepto de tolerancia cero para el no cumplimiento de aquellas prácticas o actitudes que puedan permitir la transmisión y emergencia de microorganismos multirresistentes implica un cambio cultural que se asocia a que todas las personas pertenecientes al equipo de cuidado de los pacientes, independientemente del rango y función, podrán interrumpir un procedimiento si no se está cumpliendo con las recomendaciones de las guías escritas. Implica que en la institución están las guías escritas de los procedimientos que se realizan en el área. El esfuerzo de las entidades por incrementar el hábito de la higiene de las manos consiste en luchar contra costumbres que ya no son permitidas en instituciones de vanguardia. En los office de enfermería, consultorios y en todas las habitaciones debe haber dispositivos con solución de alcohol para la higiene de manos. Sólo falta incrementar la adhesión al hábito. Para eso es necesario tomar iniciativas concernientes a recordar que la práctica es parte de la higiene personal, que una imperiosa necesidad para evitar la contaminación ambiental del medio en el que se trabaja y una obligación cuando se trata de abordar a un paciente. Pero es más que eso. Aplicar el concepto de tolerancia cero es por ejemplo, retirar la colaboración a quién no cumpla con las normas al hacer un procedimiento, a los efectos de no caer en la figura de cómplice del hecho.

Dr. Ricardo Durlach



6. Reducción del riesgo de daño por caídas. La caída de pacientes en el hospital es un fenómeno universal que obliga a las instituciones responsables a asumir el riesgo. Un programa dirigido al respecto debe evaluar las condiciones que ofrece la institución en las áreas de circulación, en las duchas y en el mantenimiento de las camas. El estado mental del paciente, a veces confundido por edad, enfermedad o medicación, pone involuntariamente en riesgo su salud exponiéndolo a situaciones que superan sus habilidades. Ambas condiciones ofrecen oportunidades para intervenir y elevar los estándares en el cuidado de los pacientes.

Hoy existen programas que facilitan todos y cada uno de los pasos para lograr una tecnificación confiable y eficiente. Éstos van desde la captura electrónica del dato, el análisis de la información, hasta la representación gráfica y entendible de los resultados. Cabe suponer que la aplicación de estrategias sobre la Seguridad del Paciente traerá consigo una merecida reducción de los efectos indeseables de la atención de la salud y una disminución

Es Médico infectólogo. Doctor en Medicina. Magister en Administración de Salud.

Profesor Protitular y Director de la Carrera de Especialista de Enfermedades Infecciosas de la Cátedra de Posgrado de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina.

Es Director Médico del Hospital Alemán. Presidente de la Comisión Directiva del Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud.

Director del Curso Superior de Epidemiología Hospitalaria, Bioestadística y Control de Infecciones de la Cátedra de Pos-grado de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Argentina.

Contacto: radurlach@yahoo.com.ar

muy significativa de los gastos, ambos ítems muy necesarios para el sistema.

Dijo Aristóteles **“Somos lo que hacemos día a día, de modo que la excelencia no es un acto, sino un hábito”**

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. World Health Alliance for Patient Safety, Forward Programme. Geneva: World Health Organization, 2004. Disponible en: http://www.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf.
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000.
- Comisión Europea. DG Salud y Protección del Consumidor. Patient Security: Making it Happen. Luxemburgo, 2005. Disponible en: <http://www.cpme.dyndns.org:591/database/Luxemburg%20Declaration%20on%20Patient%20Safety%20Programme%2014.03.05>.
- García Barbero M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS, Oficina Europea. Barcelona. España.
- Yokoe DS, Classen D. Improving Patient Safety Through Infection Control: A New Healthcare Imperative. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:S3-S11.