



Salud Uninorte

ISSN: 0120-5552

saluduninorte@uninorte.edu.co

Universidad del Norte

Colombia

Villarreal Cantillo, Elizabeth

Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad

Salud Uninorte, vol. 23, núm. 1, 2007, pp. 112-119

Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81723111>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad

The patient's safety.
A commitment for a high quality care

Elizabeth Villarreal Cantillo¹

Resumen

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.

Palabras claves: Seguridad del paciente, evento adverso, cuidado de enfermería.



Abstract

Patient's safety is a priority in the quality's management of health care delivery. Hence, the importance of reflecting on the magnitude of the problem of adverse events in order to prevent its occurrence and to foster actions that guarantee a safe practice. One of them is the shared commitment with quality of care that is required from the training institutions of human resources, the professionals, the providers of health services and the community.

Palabras claves: Patient safety, adverse event, nursing care, quality.

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2007
Fecha de aceptación: 28 de marzo de 2007

¹ Enfermera, Universidad del Norte. Magister en Educación. Especialista en Enfermería en Medicoquirúrgica con énfasis en Neurología. Especialista en Docencia Universitaria. Docente. Directora Programa de Enfermería, Universidad del Norte.

Correspondencia: Universidad del Norte, Km 5 vía a Puerto Colombia, Barranquilla (Colombia).
evillare@uminorte.edu.co

La seguridad de los pacientes es un tema que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para progresar en actitudes y habilidades éticas, a la luz de la tarea en Enfermería centrada en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas, tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención que se brinda en salud.

La necesidad de seguridad y reaseguramiento es la segunda escala que establece Abraham Maslow(1) dentro de la jerarquía de necesidades, una vez se han suplido las necesidades fisiológicas. Esta necesidad de sentirnos seguros es una preocupación constante que anhelamos durante toda la vida y la cual debe estar presente permanentemente en nuestro entorno, dado que una vez satisfechas las necesidades fisiológicas, sino hay seguridad, ni amor, ni estimación, lo que primero se satisfará antes que cualquier otra necesidad es la seguridad. Si el individuo se siente seguro, estará en un escalón superior de la pirámide de Maslow. Son necesidades de seguridad la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro.

En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos.

Los aportes de pruebas sobre riesgos posibles producidos en contextos diversos han sido numerosos, y desde los decenios

de 1950 y 1960 se han realizado estudios que han dado cuenta del problema, aun cuando en ese tiempo no se le dio la dimensión que éste supone. En 1991 el resultado del *Harvard Medical Practice Study* indicó que un 4% de los pacientes sufre algún tipo de daño en el hospital; el 70% de eventos adversos produce incapacidad temporal y el 14% de los incidentes son mortales (2). En 1999, la publicación *To err is human: building a safer health system*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América, aporta mayor información al respecto (3).

Algunos reportes científicos establecen entre 1 y 10% de ingresos hospitalarios debido a errores en la medicación (4).

En los países tercermundistas y en los que tienen economías en transición (países de Europa del Este) Hungría, Polonia, Rusia, etc., existen pruebas de que la probabilidad en la aparición de eventos adversos son ocasionadas por el mal estado de las infraestructuras, de los equipos, la calidad de los medicamentos y la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes o número insuficiente y por la falta grave de recursos para cubrir los costos de funcionamiento esenciales (2).

No obstante, hoy se puede decir que hace falta documentar más las evidencias científicas sobre la proporción que tales eventos adversos han alcanzado, por el subregistro de la información que se presenta debido a la reticencia del personal sanitario para notificar dichos errores, por miedo a que se interprete como negligencia en el cuidado y sea la base para posteriores demandas a causa de la mala práctica en salud (5). Es por ello que el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), al igual que otras instancias en el mundo

que promueven la salud de la población, preocupados por la situación, han agendado como asunto prioritario y puesto para el debate público, la identificación y reducción de errores, con el propósito de mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda (6).

Un evento adverso no es más que “el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes” (7), o aquel que “hace referencia al resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la enfermedad o a condiciones propias del mismo” (8). Para evitar esos errores humanos o incidentes inesperados y no deseados, que originan faltas graves, generalmente por factores muy profundos y variados, se requiere de una serie de acciones que velen por la contratación, formación y retención de los profesionales de salud, en aras de aumentar la seguridad de los pacientes.

Los eventos adversos prevenibles han estado relacionados con la prescripción, preparación y administración equivocada de medicamentos o de eventos quirúrgicos, como por ejemplo la amputación de un miembro diferente del inicialmente planeado (9). Pero el listado de eventos es mucho más amplio y diversificado, y presenta las siguientes condiciones:

- Fallas en equipos o tecnologías: bombas de infusión endovenosas con deficiencias en las válvulas que originan incremento en la dosis del medicamento, en períodos de tiempo corto, desfibriladores con baterías agotadas, carros de paro con medicamentos vencidos, inapropiada programación del ventilador, entre otros.
- Reacciones por transfusiones sanguíneas equivocadas.
- Faltas en la adherencia a órdenes médicas (suministro de dietas diferentes de las ordenadas).
- Infecciones nosocomiales (neumonías, infecciones urinarias e infecciones de heridas quirúrgicas, entre otras).
- Factor ambiental (trauma mecánico caída de cama y daño en la piel).

Cabe resaltar que una de las complicaciones más frecuentes que ocurre en los pacientes son las infecciones nosocomiales, las cuales pueden llevarlos a la muerte y, por tanto, se han constituido en un reto mundial, en busca de la seguridad del paciente (10). El riesgo de adquirirlas está en relación directa con el estado de salud del paciente cuando ingresa a las instituciones, el número de pruebas diagnósticas y el tratamiento que se realiza durante la intervención.

Aquí, cobra importancia reconocer que para explicar el tema de los eventos adversos son dos los criterios utilizados: el humano y el del sistema. El primero de ellos, originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido a cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga y/o insatisfacción laboral y negligencia. Es el llamado Síndrome de Burnout (11,12), caracterizado por agotamiento, pérdida de energía que experimentan los profesionales cuando sienten que los problemas de los otros los saturan. Este aspecto, que afecta la seguridad de los pacientes, tiene una connotación importante a la hora de velar por el cuidado que se brinda. El ser cuidado observa este comportamiento como una deshumanización del equipo de salud frente a la situación que vive.

El segundo criterio, el del sistema, explica la susceptibilidad que tiene el ser humano

de cometer errores, a pesar de estar en la organización de más alta calidad, y por tanto, lo importante es generar mecanismos de defensa para prevenir errores. Al presentarse el error, lo fundamental es centrarse en la búsqueda de la explicación del cómo y el porqué fallaron esos mecanismos de defensa y no en buscar culpables.

Los eventos adversos, al igual que afectan la condición de salud de los enfermos, implican repercusiones financieras debido a la alta proporción de los costos de salud de las instituciones, por el incremento de las estancias intrahospitalarias.

Como consecuencia de lo anterior, es válido pensar en la seguridad de los pacientes, entendida como la “reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud”(13). Tal seguridad es un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad. Las proporciones alcanzadas de actos inseguros han exhortado al poder decisorio a establecer políticas en relación con la prevención, medición y evaluación de los errores en la práctica de salud.

Las enfermeras(os) estamos directamente implicadas(os) en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. No debemos olvidar que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud le representan sentimientos de inseguridad (14).

De hecho, en la profesión de Enfermería, los modelos y teorías apuntan a satisfacer las necesidades en los pacientes, y la de seguridad es una de ellas. Por lo tanto, las(os) enfermeras(os) deben desarrollar competencias, construyendo desde la práctica espa-

cios que garanticen el cumplimiento de esta categoría, para que puedan actuar bien y con el mínimo de recursos. Muchos esfuerzos se vienen realizando en la consecución de la seguridad de los pacientes en los distintos niveles de atención (15).

Expertos en la temática de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) elaboraron una propuesta, formulando 21 indicadores para la vigilancia, control y evaluación de los sistemas de salud, a la cual Colombia se adhiere por ser miembro de esta organización. Los indicadores en materia de seguridad del paciente son:

- Infecciones nosocomiales:
 - Neumonías por uso del respirador
 - Herida quirúrgica infectada
 - Infecciones atribuibles a las intervenciones del equipo de salud
 - Úlceras por presión
- Eventos centinelas:
 - Reacciones por transfusión
 - Transfusión por tipo de sangre equivocado
 - Error del sitio quirúrgico
 - Cuerpos extraños olvidados en pacientes durante procedimientos quirúrgicos
 - Fallas relacionadas con el personal de salud
 - Errores de medicación
- Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas:
 - Complicaciones por anestesia
 - Sepsis postquirúrgica
 - Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda
 - Dificultades técnicas con los procedimientos quirúrgicos

- Complicaciones obstétricas:
 - Lesiones o traumatismo al momento del nacimiento del neonatos
 - Trauma obstétrico en partos vaginales
 - Trauma obstétrico en partos por cesárea
 - Mortalidad materna
- Otros eventos adversos:
 - Caídas de los pacientes
 - Fracturas de cadera

Como consecuencia de lo anterior, se requiere el establecimiento de estrategias para disminuir riesgos, dado que mejorar la seguridad de los pacientes exige un enfoque general y multifacético, que permita identificar y gestionar riesgos reales y potenciales y encontrar soluciones generales a largo plazo.

En principio, es necesario desarrollar acciones tales como: Prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y minimizar sus efectos cuando se presenten.

Para lograr estas acciones es necesario:

- Apertura para aprender de los errores, con el establecimiento de un sistema completo y oportuno de notificación de los eventos adversos, que facilite el análisis y la reflexión, para la toma de decisiones, que redunde en la prevención de la ocurrencia de los mismos. Se requiere, entonces, realizar investigaciones competentes de las situaciones y un intercambio responsable de los datos. Expertos en seguridad sostienen que la cultura y el clima organizacional inciden significativamente en la prevención y el abordaje de los errores. En un sistema cerrado, encontrado el o los infractores, el problema se resuelve con amonestación o despido y conocen del hecho únicamente los implicados, a menos que los medios de

comunicación se enteren. En un sistema abierto, no es el culpable el que interesa, sino las explicaciones del hecho, las cuales se convierten en aprendizajes institucionales para evitar su ocurrencia.

- Capacidad para anticiparse a los errores y explorar las debilidades que dan lugar a eventos adversos:
 - Análisis de la capacidad instalada y la cultura organizacional requerida.
 - Estudios sobre sistemas de registro.
 - Epidemiología de los eventos adversos, tipo y tasa de errores por servicio.
- Mejoramiento del sistema de prestación de atención sanitaria, para reconfigurar estructuras, reajustar incentivos.

Para alcanzar la seguridad de los pacientes, la OMS ha ejercido un liderazgo proactivo en el interés por el mejoramiento del funcionamiento de las instituciones de salud. En este sentido, nuestro país ha dado respuesta a esta iniciativa emprendiendo acciones y fundamentado en un marco legal, en procesos de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de garantizar a la población una atención de calidad. Sin embargo, aún se aprecia falta de sensibilización por parte de los profesionales de salud en el abordaje de este problema (2).

Se han desplegado igualmente una serie de acciones que comprenden la vigilancia farmacológica, la promoción de la seguridad ambiental, la inocuidad de los productos sanguíneos, prácticas de laboratorio inocuas, uso adecuado de instrumentos y procedimientos clínicos, entre otros. Los indicadores centinela para la detección de los eventos adversos facilitan disminuir riesgos a partir de los planes de control que se establecen y son muy útiles para garantizar la seguridad del paciente (16).

Otras actividades prioritarias que deben estar presentes son:

- Ubicar la calidad como centro de las acciones que se desarrollan, para una gestión de calidad.
- Formular definiciones comunes sobre seguridad de los pacientes, eventos adversos y términos conexos.
- Clasificar, medir, notificar y prevenir eventos adversos.
- Promover alianzas entre el sector público y el privado para el abordaje de eventos adversos en el cuidado que se ofrece.

Los profesionales en Enfermería al aplicar el Proceso de Atención en Enfermería para proveerle seguridad al paciente deben determinar en la fase de valoración los siguientes aspectos:

- La edad del paciente y su capacidad para defenderse por sí mismo.
- El nivel de conciencia del paciente, en particular orientación en tiempo, lugar y con las personas; la capacidad para concentrarse y elaborar juicios, capacidad para asimilar varias informaciones simultáneamente; capacidad para percibir con exactitud la realidad. Tener en cuenta a pacientes cuyo juicio se encuentra alterado por medicamentos tipo narcóticos.
- Factores relacionados con el tipo de vida, como el comportamiento arriesgado y el uso de dispositivos de seguridad.
- Alteraciones sensitivas, de la vista, el olfato, el oído, el tacto o el gusto.
- Condiciones de la movilidad. Personas con debilidad muscular, alteraciones del equilibrio, parálisis; los que requieren asistencia para moverse; los débiles a consecuencia de enfermedades o cirugías.

- Estado emocional que obstaculice la percepción de riesgos ambientales. Personas ansiosas, deprimidas que presentan disminución de la capacidad de percepción o que reaccionan con más lentitud a los estímulos.
- Capacidad de comunicarse. Los pacientes con afasia o con dificultades para el lenguaje pueden no interpretar mensajes de seguridad.
- Accidentes previos y predisposición a padecerlos.

En una gestión de calidad, los profesionales de salud para lograr la seguridad de los pacientes deben actuar (17):

- Brindando un trato adecuado al paciente, evitando la violencia que se percibe en la práctica cotidiana.
- Participando activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica.
- Asegurando canales de comunicación eficientes con los pacientes y entre los profesionales mismos.
- Comunicando a los pacientes de los riesgos posibles.
- Informando de los eventos adversos a autoridades competentes.
- Aprendiendo de las lecciones que se derivan del análisis de los errores, para asegurar a los pacientes la lealtad y confianza a los servicios de salud.
- Creando espacios de ampliación en la práctica profesional.
- Mejorando la notificación de eventos adversos.

Al mismo tiempo, las instituciones prestadoras de salud deben velar por la calidad del servicio que ofrecen para la eficaz reducción de desenlaces adversos:

- Manteniendo en niveles de formación y en número adecuados el talento humano.
- Buscando el mejoramiento continuo del sistema de prestación de cuidados, evitando culpar personas.
- Velando por la operatividad de programas de lucha contra las infecciones.
- Normalizando políticas y protocolos de atención, guías de manejo para evitar basarse en la memoria.

Y pensando en los pacientes y la comunidad resulta importante involucrarlos en el asunto de su propia seguridad, y por ello deberán:

- Preguntar si tienen dudas, temores, sino entienden.
- Prestar atención al cuidado que reciben. Saber qué medicamentos deben tomar y por qué. Asegurarse de que están recibiendo el tratamiento prescrito. No asumir nada.
- Estudiar su diagnóstico, los exámenes que requieren y su plan de tratamiento.
- Participar en todas las decisiones con respecto a su tratamiento.

Retomo un texto de Villalobos (1998), quien al realizar una contextualización del cuidado de enfermería concluye que la “aplicación de la ley 100 ha llevado a buscar la productividad de las instituciones, quitándole el derecho a los usuarios de administrar su necesidad de atención, contribuyendo a que las enfermeras olviden el cuidado” (20). Este cuidado también ha sido relegado a un segundo plano por una motivación económica que dificulta y pone en riesgo la ética del cuidado.

La esencia de Enfermería es el cuidado, y las(os) enfermeras(os) debemos interpretar los cambios contextuales para poder replantear el ejercicio profesional dentro del nuevo contexto que se presente.

Como imperativo moral, cuidar es adherirnos al compromiso de mantener la dignidad y la integridad del individuo. “Implica un conocimiento de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, interés y motivaciones, requiere su manifestación como persona única, capaz de generar confianza, **seguridad** y apoyo efectivo” (18). El cuidado humano es la fuente de nuestra conciencia, es un valor, una virtud, una actitud, un ideal, una conducta, una destreza y un proceso. Como cuidadores estamos llamados a velar por la calidad del servicio que prestamos.

En Enfermería, la tendencia de la profesión ha girado en torno a la implantación de estrategias de mejoramiento continuo y satisfacción de las necesidades del individuo, familia y colectivos. Es por ello que para garantizar la calidad en el cuidado de la salud y de la vida del ser humano, los profesionales en Enfermería deben responder con un nivel alto de excelencia en su ejercicio, un alto grado de satisfacción del paciente con riesgo mínimo para él, y que los haga sentir seguros, al igual que la utilización eficiente de los recursos disponibles. Es por ello que las instituciones formadoras del talento humano, y las prestadoras de servicio, deben velar por una formación idónea de sus profesionales y un cuidado de calidad, en donde prime la responsabilidad en el acto de cuidar. Es así como el Hospital Universidad del Norte lucha cada día por desarrollar una gestión de calidad en todos sus servicios.

En este sentido, cobra importancia la reflexión permanente sobre los conocimientos, valores, normas, actitudes y aptitudes como un entramado de factores requeridos para el logro de la excelencia en el ejercicio de la profesión y que llevan implícito el hacer el bien en Enfermería, el cual además tiene su génesis en la ética. Se trata, entonces, de hacer visible lo invisible, siendo competentes al

dominar tanto el conocimiento, las técnicas y habilidades propias de la profesión, sabiendo hacer uso adecuado de ellas, al igual que las actitudes que debe poseer el dador del cuidado. Así pues, la **seguridad de los pacientes** exige, en todos los niveles, el establecimiento de normas de calidad, en el proceso de toma de decisiones, la articulación de los recursos y las capacidades para responder a las necesidades del paciente.

REFERENCIAS

- (1) Kozier, EO. *Enfermería Fundamental: conceptos, procesos y práctica*. McGraw-Hill. Interamericana, 4ª edición, tomo 1, 1993, p 72-74.
- (2) OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
- (3) Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS, eds. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC. National Academy Press, 1999.
- (4) Casasin, T; Ridao, M; Anquix, R. Calidad de la Administración de medicamentos en el Hospital: análisis observacional directo. *Nursing* 2006. Vol. 24 (5): 56-61.
- (5) OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
- (6) Donoso F, A y Fuentes R, I. Eventos adversos en UCI. *Rev. chil. pediatr.*, mayo 2004, vol.75 (3): 233-239.
- (7) CIE. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes. Edición N° 61. Sección internacionales. 2002. www.icn.ch/pspatientsafesp.htm
- (8) CIE. Consejo Internacional de Enfermería. La Enfermería Importa. Seguridad de los pacientes. Comunicado de prensa 29 de abril de 2002. Los profesionales de salud piden prioridad para la seguridad del paciente. www.icn.ch/matters_ptsafety.htm.
- (9) Franco, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. *Colombia Médica*. 2005; Vol. 36 (2): 130 – 133.
- (10) Garrido, F; Quesada, S. Seguridad del paciente. SÍNTESIS EJECUTIVA 13. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>.
- (11) OMS. *Reto mundial en pro de la seguridad del paciente. Una atención limpia es una atención más segura*. World Health Organization.
- (12) Rincón O., F. Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidado en servicios de salud altamente tecnificados. *Avances en Enfermería*. UNAL Vol. XXIII, N° 2. Jul- Dic. 2005. Unibiblos, p. 45 -46.
- (13) Garrido, F; Quesada, S. Seguridad del paciente. SÍNTESIS EJECUTIVA 13. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>
- (14) Tuesca, M. Rafael; Iguarán, U. María; Suárez, L. Melissa *et al.* Síndrome de desgaste Profesional en enfermeras(os) del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 2006 (diciembre); Vol. 22, N° 2.
- (15) Burgos, M. M y Paravic, K. T. Violencia hospitalaria en pacientes. *Cienc. enferm.* 2003 jun.; vol.9 (1): 9-14.
- (16) García, Z. A; Caralaps, M; Arribas, R et al. Competencias: construyendo desde la práctica. *Rev Rol Enf.* 2006 29 (12): 43- 47.
- (17) OMS. 55 Asamblea Mundial de la Salud. A55/13. 23 de marzo de 2002. Calidad de la Atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría.
- (18) Jiménez Paneque, RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*, ene.-mar. 2004, Vol. 30, N° 1, p. 0-0.
- (19) Villalobos, MM. *El Arte y la Ciencia del Cuidado*. Grupo de Cuidado. Universidad Nacional. Unibiblos, 1998. p 209.
- (20) Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Unibiblos, 1998. p 8.