

## Perspectivas

Medwave 2014;14(3)e5941 doi: 10.5867/medwave.2014.03.5941

# Seguridad del paciente, un problema vigente y actual

## Patient safety – a current and ongoing problem

**Autores:** Carlos Alberto Díaz<sup>(1)</sup>, Virginia Braem<sup>(1)</sup>, Amalia Giuliani Diez<sup>(1)</sup>, Emilio Restelli<sup>(1)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Sanatorio Sagrado Corazón, Buenos Aires, Argentina

**E-mail:** [carlos.diaz@sagrado-corazon.com.ar](mailto:carlos.diaz@sagrado-corazon.com.ar)

**Citación:** Díaz CA, Braem V, Giuliani A, Restelli E. Patient safety – a current and ongoing problem.

Medwave 2014;14(3)e5941 doi: 10.5867/medwave.2014.03.5941

**Fecha de envío:** 29/1/2014

**Fecha de aceptación:** 1/4/2014

**Fecha de publicación:** 22/4/2014

**Origen:** no solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

**Palabras clave:** safety, healthcare, behavioral, culture, change, quality, management

## Resumen

La seguridad del paciente es problema vigente y actual, de gran importancia en la atención sanitaria. La implantación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos y centros de responsabilidad. Es un camino extenso, lento, trabajoso, que exige esfuerzo, persistencia y compromiso, pero cada vez más necesario e imprescindible en la gestión hospitalaria.

## Abstract

Patient safety is a current and ongoing problem of increasing importance in healthcare. The implementation of a safety culture leads to behavioral change in all processes and responsibility centers. It means a long, slow, arduous path and requires effort, persistence and commitment, but it is increasingly necessary and indispensable in hospital management.

La seguridad del paciente es un componente sustancial de la calidad y de su visión cuatrilógica, constituida por un aspecto técnico, de satisfacción del usuario, eficiencia y seguridad. El objetivo es disminuir el error asistencial, evitable en la mitad de los acontecimientos [1],[2], 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. Ello implica la inclusión de humanización, calidad asistencial, procesos, gestión lean, gestión clínica, integralidad e integración de la atención y funcionamiento en red. Por ello, 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 agentes médicos y vendedores, como de proveedores internos de productos intermedios de información, entre ellos laboratorio, imágenes, hemoterapia y otros. Se debe procurar que estas transacciones se realicen adecuadamente, en función de la necesidad de los pacientes para mejorar la eficiencia social de la inversión en salud [3].

La seguridad del paciente en las instituciones de salud constituye una transformación elaborada de sus paradigmas de complejidad. Se trata de una verdadera

evolución cultural y organizativa, cuyo camino más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas centradas en el paciente: calidad y atención. Es un camino extenso, lento, trabajoso, que exige esfuerzo, persistencia y compromiso [4].

La organización de la gestión clínica debe instaurar entonces la seguridad como pilar estratégico para emplazar la competencia instalada donde corresponda, es decir en guías clínicas, controles, alertas y barreras de seguridad, para disminuir los factores predisponentes a que ocurra el error [5]. A esto además se le suma un componente integral, 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, en particular encabezada por la económica y financiera, ya que si éstas se integran será evidente que dichas asignaciones son inversiones. Además, se debe permitir en todos los ámbitos donde se desarrolla el momento de verdad, o sea la atención de los pacientes [6], el acceso a la información y la evidencia

científica, aumentando las horas de permanencia de los tomadores de decisiones clínicas. En la mayoría de los casos los denominados errores son de causa sistemática. Por lo tanto, la notificación y el aprendizaje que generen deben ser no punitivos, independientes, confidenciales y analizados por expertos a tiempo [7].

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, lo que se corresponde a la hipótesis del error humano de Reason [8]. Falta de capacitación, carencias en identificación del paciente, discontinuidad de atención, falta de control de infecciones y de lavado de manos, desatención de las guías clínicas, acceso dificultoso a la información y la evidencia científica, carencia de farmacia clínica, omisión de controles cruzados, son algunas de las barreras que presenta la temática en su implementación.

El reporte de un evento adverso no debe generar otro efecto más que permitir el análisis de la causa raíz y con ello el aprendizaje [9],[10]. Es necesario evitar que el reporte signifique una "confesión de parte, relevo de prueba". En lo sustantivo, se necesita un ambiente organizacional de transparencia y corresponsabilidad para generar retroalimentación. Es cierto que tanto nuestras organizaciones como el sistema jurídico no están preparados para este cambio [11]. Sería como incursionar en un "sincericidio". Sin embargo, el sistema de notificación interno sí debe crecer para fomentar la cultura de aprendizaje continuo y, de esta forma, reforzar la seguridad.

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, implementar el servicio de farmacia clínica, incluir paquetes de seguridad en el bloque quirúrgico [12],[13],[14] para mitigar errores de paciente, de intervención y de lado; prevenir la neumonía asociada a respirador, bacteriemia [15], flebitis, úlceras por presión, caídas, quemaduras, entre otros. Para ello son necesarias las actividades de mutuo control, tanto médico como de enfermería y con controles por oposición [16]. Las mejoras tendrán una expresión favorable durante las intervenciones, pero deben incorporarse en la cultura, en los paradigmas de complejidad de la organización, para evitar que los resultados se observen únicamente durante el ciclo de la acción directa.

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 instruccionales y de orden, entre estas crear, elaborar, implantar y adoptar los paquetes de seguridad. El entender profundamente las causas permitirá diseñar métodos, tareas, actividades y procedimientos más

seguros, que atraviesen todos los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidado.

Un elemento fundamental es la continuidad en los cuidados. Para ello es necesario conformar redes internas en la organización ad hoc, con previsibilidad y coherencia de criterios. Una arista importante en esta continuidad, y que desde la gestión se debe instalar, son los pases de niveles asistenciales. Ejemplo claro de ello son los pases de guardia (entrega de turno), que deben evidenciar una producción continua y no 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. 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 enfermería, médicos intensivistas, neonatólogos, anestesiólogos y gestores profesionales. En este sentido es importante mejorar los regímenes de trabajo, la dedicación horaria, el descanso y los modos de ingreso de paciente, procesos que ponen a prueba los mecanismos de seguridad [17],[18],[19].

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, al igual que de la gestión clínica como parte de su "apoderamiento" de los gerentes y los médicos asistenciales. A este respecto se observan resultados parciales en algunas patologías como la disminución de eventos adversos en infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca, pero en cambio nada se observa en patologías como neumonía y en el ámbito quirúrgico. Por estas razones se sugiere que el esfuerzo se desarrolle en todos los ámbitos y que sea un objetivo de todo plan de salud a nivel nacional.

Hay que tener presente que la prestación sanitaria entrega bienes de confianza y, ante todo, no debe causar daño. Entre otras cosas, esto implica dar imagen de seguridad, responder al compromiso con continuidad de atención y con barreras que eviten eventos adversos.

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 [20],[21]. La hipótesis sería reducir el porcentaje del costo de la ineficiencia, el cual se calcula en 25%. Todo esto se traduce en la reducción de las estancias innecesarias, tratamientos antibióticos inadecuados, aumento de la infección, mayor cantidad de procedimientos que lo esperado, complicaciones de la cirugía que revelan empeoramiento en el desempeño o indicaciones médicas que no agregan valor. Trabajando en este tema como un pilar de la calidad de la atención, se atacan factores económicos de manera directa e indirecta.

## Conclusiones

La implantación de una cultura de seguridad lleva a un cambio de hábitos en todos los procesos y centros de responsabilidad. Los elementos que se incorporan como insumos de procesos son la implementación de chequeos, paquetes de seguridad, identificación de pacientes y el mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo asistencial, enfermos y familiares. La idea es transmitir los riesgos en forma específica para cada paciente y en cada contexto explicando porqué y qué se realizará, quedando plasmado en un consentimiento esclarecido y no sólo informado. Este ambiente de seguridad genera confianza en los procesos operativos, en los usuarios, sus familias, los especialistas del equipo y en los profesionales contratados.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no tener conflictos de intereses actuales ni potenciales con la materia del artículo. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor principal o a la redacción de la revista.

## Referencias

- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Burillo J, Requena-Puche J, Terol-García E, Kelley E, et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Estudio APEAS: estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. | [Link](#) |
- Goodman JC, Villarreal P, Jones B. The social cost of adverse medical events, and what we can do about it. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(4):590-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Gluck PA. Physician leadership: essential in creating a culture of safety. *Clin Obstet Gynecol*. 2010;53(3):473-81. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(1):42-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Palacio Lapuente F. La seguridad del paciente: un problema importante y actual. No todo es clínica. *AMF*. 2011;7(9):496-503. | [Link](#) |
- Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ*. 2000;320(7237):781-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care*. 1995;4(2):80-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Proyecto IDEA: Identificación de efectos adversos. [proyectoidea.com](#) [on line] | [Link](#) |
- Bañeres J, Cavero E, López L, Orrego C, Suñol R. Sistema de Registro y notificación de eventos adversos. Madrid, España: Ministerio de Salud y consumo, 2010. | [Link](#) |
- Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Rev Clin Esp*. 2012;12(4):198-205. | [CrossRef](#) |
- Clark SC, Dunning J, Alfieri OR, Elia S, Hamilton LR, Kappetein AP, et al. EACTS guidelines for the use of patient safety checklists. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2012;41(5):993-1004. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Thomassen Ø, Storesund A, Sjøfteland E, Brattekø G. The effects of safety checklists in medicine: a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(1):5-18. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med*. 2006;355(26):2725-32. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Cometto MC, Gómez PF, Marcon Dal Sasso GT, Bortoli Cassiani SH, Falconi Morales C. Enfermería y seguridad de pacientes. Colombia: OPS, 2011.
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, Hackbarth AD, Goldmann DA, Sharek PJ. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010;363(22):2124-34. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324(6):377-84. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Poblete Umanzor R, Conejeros Fritz S, Corrales Fernández MJ, Miralles Bueno JJ, Aranaz Andrés J. Revisión sistemática de la literatura acerca de la seguridad de los pacientes hospitalizados en servicios médico. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):359-66. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Pronovost PJ, Rosenstein BJ, Paine L, Miller MR, Haller K, Davis R, et al. Paying the piper: investing in infrastructure for patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2008;34(6):342-8. | [PubMed](#) | [Link](#) |
- Schmidek JM, Weeks WB. What do we know about financial returns on investments in patient safety? A literature review. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31(12):690-9. | [PubMed](#) |

**Correspondencia a:**

<sup>(1)</sup>Sanatorio Sagrado Corazón  
Gerencia Médica  
Bartolomé Mitre 1955-1039AAC  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.